ALCOHOL IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: IMPLEMENTATIE VAN EEN AANBEVELING

Van Poucke Tineke, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, Universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. Pierre Vanden Bussche, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Doelstelling:

In deze masterproef werd de richtlijn van Domus Medica in verband met problematisch alcoholgebruik geïmplementeerd in de praktijk. Dit gebeurde aan de hand van screening en eventueel een korte interventie bij patiënten met diabetes en/of patiënten die slaap-en/of kalmeringsmedicatie gebruiken.

Uit literatuuronderzoek bleek dat screening en korte interventie een matige effectiviteit heeft, het is echter wel kosten-effectief.

Methode:

Er werd van eind juni 2017 tot en met eind december 2017, dus gedurende 6 maanden, bij patiënten in de praktijk met diabetes en/of patiënten die slaap-en/of kalmeringsmedicatie gebruiken aan de hand van de AUDIT-C gescreend naar problematisch alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid. Dit werd gedaan met behulp van een hiervoor ontwikkeld computerprogramma.

Bij patiënten met niet aanvaardbaar alcoholgebruik werd bovendien gepolst naar enkele aspecten in verband met vermindering van hun alcoholgebruik. Dit gebeurde aan de hand van een korte vragenlijst (6 vragen, waaronder 1 open vraag).

Resultaten:

In totaal werden 119 patiëntencontacten geregistreerd. Vier van deze patiëntencontacten betrof een follow-up gesprek. Eén patiënt kwam 2 keer op geregistreerde follow-up. Verder werden nog 4 contacten geregistreerd omwille van het alcoholgebruik van de patiënt zonder dat de patiënt diabetes had of slaap- en/of kalmeringsmedicatie nam. De prevalentie van niet aanvaardbaar alcoholgebruik bedroeg 9% (10 van 111).

Opvallend was dat in de leeftijdsgroep van 46 tem 55-jarigen het niet aanvaardbaar alcoholgebruik veruit het hoogst was (5 patiënten van de 18, 28%). Verder zijn er veel te veel 65-plussers die slaapmedicatie nemen (37 patiënten van de 82, 45%).

Bij de drie geregistreerde follow-up consultaties daalde de AUDIT-scores (13, 20 en 29 naar respectievelijk 3, 1 en 27).

Het meest in het oog springende resultaat van het kwalitatief onderzoek bij patiënten met niet aanvaardbaar alcoholgebruik was dat alle patiënten (11 van de 11, 100%) vonden dat het de taak is van de huisarts om het alcoholgebruik na te vragen. Verder gaven 8 van de 11 patiënten (72,7%) aan dat ze liefst zonder hulp het alcoholgebruik zouden aanpakken.

Conclusie:

De AUDIT-C is een gemakkelijk bruikbaar screeningsinstrument en kan in de toekomst zeker verder gebruikt worden voor gerichte screening.

Inhoudstafel

Abstract iii
Inhoudstafel v
1 Inleiding 1
2 Oriënterend literatuuronderzoek 1
2.1 Methodologie Literatuurstudie 1
2.2 Aanbevelingen in verband met alcoholgebruik 2
2.3 Screeningsmethode 4
2.3.1 De verschillende screeningsmethodes 4
2.3.2 Onderzoek verschillende testen 4
2.4 Methode interventie 5
2.4.1 Verschillende interventie methodes 6
2.4.2 Korte interventie 6
2.5 Afbakenen studie 9
2.5.1 Alcohol en diabetes 9
2.5.2 Alcohol en slaap- en/of kalmeringsmedicatie 9
3 Onderzoeksmethodiek 10
3.1 Kwaliteitsverbeterend project 10
Find problem: 10
Organise meeting: 10
3.1.1 Clarify: 10
3.1.2 Understand: 10
3.1.3 Start: 11
4 Resultaten 15
4.1 Deel 1: Kwantitatief onderzoek 15
4.2 Deel 2: Kwalitatief onderzoek 19
5 Discussie 21
6 Besluit 23
7 Referenties 23
8 Verplichte bijlagen 25
9 Bijlagen 36

1 Inleiding

Alcohol is zeer sociaal aanvaard, nochtans kan het tot grote problemen leiden op medisch, maatschappelijk en psychosociaal vlak. In Vlaanderen heeft 10% van de bevolking problemen die verband houden met alcoholgebruik. Ruim 8% van de Belgen drinkt wekelijks meer dan de door het WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) aanbevolen grenswaarden (21 eenheden voor mannen, 14 eenheden voor vrouwen) (1).

Recent werd de door het WHO voorgestelde grenswaarde in de nieuwe richtlijn van het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs verlaagd naar 10 eenheden per week voor zowel mannen als vrouwen (2).

Bij een gebruik hoger dan deze grenswaarden bestaat er een risico op negatieve lichamelijke en psychologische gevolgen. Overmatig alcoholgebruik is na roken en een verhoogde bloeddruk de derde risicofactor voor ziekte en vroegtijdige mortaliteit. Er zijn een zestigtal gezondheidsproblemen aan overmatig alcoholgebruik gerelateerd (1).

In de aanbeveling van NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) staan de schadelijke gevolgen opgesomd. In eerste instantie kan problematisch alcoholgebruik leiden tot psychosociale en maatschappelijke problemen zoals scheiding, geweld in het gezin, kindermishandeling, problemen op het werk en school, overlast, verkeersongevallen en misdrijven.
Verder zijn er nog een heleboel somatische gevolgen zoals overgewicht, ondergewicht en vitaminedeficiënties, verwondingen, maligniteiten, gastro-intestinale problemen, hart- en vaatziekten, neurologische problemen, urogenitale problemen en huidafwijkingen (3).

Naar aanleiding van een bijscholing werd in de praktijk stilgestaan bij het problematisch alcoholgebruik van de patiënten. Er werd geconstateerd dat er onvoldoende aandacht gegeven werd aan deze problematiek. Bijvoorbeeld: het alcoholgebruik stond nergens in het elektronisch medisch dossier vermeld, het werd niet standaard nagevraagd in bepaalde situaties, ...

Met dit project werd getracht de screening naar en de aanpak van problematisch alcoholgebruik te verbeteren. Dit in eerste instantie bij patiënten met diabetes of patiënten die slaap- en/of kalmeringsmedicatie nemen. Hiervoor werd de aanbeveling van Domus Medica over de aanpak van problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk geïmplementeerd (1).

In de researchagenda van de aanbeveling van Domus Medica werd vermeld dat er nog implementatieonderzoek nodig is in verband met screening en korte interventies in de Vlaamse huisartsenpraktijken (1). Deze masterproef sluit hier mooi bij aan.

2 Oriënterend literatuuronderzoek

2.1 Methodologie Literatuurstudie

Voor het literatuuronderzoek werd gebruik gemaakt van de watervalmethode. Hierbij werden dus eerst richtlijnen opgezocht. Zowel bij Domus Medica als NHG werd een richtlijn rond alcoholgebruik gevonden (1, 3).

Nadien werd op Pubmed gezocht met de zoektermen "Adult"[Mesh]) AND "Alcohol Drinking/prevention and control"[Mesh]. Dit gaf veel te veel resultaten (1810) om haalbaar te zijn. Er werd getracht dit te beperken door één heel relevant artikel te vinden en van daaruit verder te zoeken.

Dus werd uiteindelijk in Google Scholar gezocht met de termen “alcohol audit screening tool middle aged intervention implementation”. Dit gaf 22 000 resultaten. Echter toen hier gesorteerd werd op relevantie, kwamen er al snel enkele goede artikels tevoorschijn. Zo werden er verschillende heel relevante artikels gevonden. Aan de hand van deze artikels werd er verder gezocht. Veel artikels werden vervolgens gevonden door in de referenties van andere artikels te kijken. Er werd ook gezocht bij de gerelateerde artikels. Verder werd ook gekeken op de website van het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) (4).

Naast informatie over screening en interventie werd ook meer specifieker gezocht. Zo werd er gezocht naar informatie over de AUDIT. Dit aan de hand van de zoekterm AUDIT in Google Scholar.

Om meer te weten over diabetes en alcoholgebruik werd ook hier gebruik gemaakt van de watervalmethode. Er werd eerst gezocht in de aanbeveling van Domus Medica over Diabetes. Vervolgens werd ook gezocht op Pubmed. De zoektermen "Diabetes Mellitus"[Mesh] AND "Alcohol Drinking"[Mesh] gaven 1606 resultaten.

Verder werd nog gezocht naar het gebruik van alcohol samen met slaap- en/of kalmeringsmedicatie. Hiervoor werd op Pubmed gezocht met de zoektermen "Alcohol Drinking"[Mesh]) AND "Hypnotics and Sedatives"[Mesh], dit gaf 210 resultaten. Aangezien veel artikels hiervan te specifiek waren, werd vervolgens enkel gezocht naar reviews, dit gaf 22 resultaten.
Er werd een artikel gevonden over de prevalentie van alcoholgebruik en slaap- en/of kalmeringsmedicatie ("Prevalence of concomitant use of alcohol and sedative-hypnotic drugs in middle and older aged persons: a systematic review”). Maar hier was geen tekst van te vinden. Er werd gezocht bij de gerelateerde artikels.

Via deze titel werd inspiratie opgedaan voor een zoektocht op Google Scholar. Er werd op Google Scholar gezocht met de zoekterm: “concomitant use of alcohol and sedative-hypnotic drugs”. Er werd gezocht naar relevante artikels bij de gerelateerde artikels.

2.2 Aanbevelingen in verband met alcoholgebruik

Voor het literatuuronderzoek werd eerst gebruik gemaakt van de aanbevelingen van Domus Medica en van het NHG (1, 3).

In de aanbeveling van Domus Medica (1) wordt er voorgesteld om problematisch alcoholgebruik op te sporen indien er één of meerdere signalen zijn. Dit kan gaan over psychische of sociale problemen, slaapproblemen, veelvuldig gebruik van kalmeringsmiddelen en/of slaappillen, diverse lichamelijke klachten of veelvuldig consulteren met onduidelijke klachten. Er wordt ook aangeraden om bij opvolgconsultaties van chronische aandoeningen te screenen. Hier wordt gedacht aan: diabetes, obesitas, arteriële hypertensie, … Als laatste wordt er voorgesteld om te screenen bij een algemeen preventief gezondheidsonderzoek.
Er worden dus een heleboel situaties opgesomd waarbij het alcoholgebruik nagevraagd dient te worden (1).

De eigenlijke screening dient volgens Domus Medica stapsgewijs te gebeuren aan de hand van een vragenlijst, de AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Eerst wordt vraag 1 tot en met 3 van de AUDIT gesteld. Indien de totaalscore hoger of gelijk is aan 4 bij vrouwen of 65-plussers dienen er 7 bijkomende vragen gesteld te worden. Deze vragen dienen bij mannen jonger dan 65 jaar pas gesteld te worden indien de score 5 of meer bedraagt (1).

Als de score lager bleef dan 6 (bij vrouwen of 65-plussers) of 7 (bij mannen) werd er gesproken over aanvaardbaar alcoholgebruik. De patiënt diende dan aangemoedigd te worden om zijn alcoholgebruik niet te veranderen.

Bij een score vanaf 20 raadt Domus Medica aan om door te verwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening (1).

Bij scores vanaf 7 (vrouwen of 65-plussers) of 8 (mannen) en onder 20 dient er een kort advies gegeven te worden. Dit kort advies bestaat uit aangeven wat de persoonlijke risico's zijn, de nood aan verandering aanbrengen en de aanvaardbare hoeveelheden alcohol vermelden.
Best wordt er ook een folder meegegeven om het kort advies te ondersteunen (1).

De AUDIT wordt aangeraden aangezien dit een goede sensitiviteit en specificiteit heeft. Er zouden slechts 7 (mannen) en 3 (vrouwen) op honderd vals-negatief scoren en dus geen kort advies krijgen terwijl dit wel nodig was (1).

Voor verdere opvolging raadt Domus Medica aan om bij nieuwe signalen het kort advies te herhalen als de score kleiner of gelijk was aan 15.
Verder dient een vervolgafspraak vastgelegd te worden door de huisarts bij een score tussen de 16 en de 19. In dit vervolggesprek dient het kort advies herhaald te worden en dient er verdere begeleiding gegeven te worden als het alcoholgebruik onverminderd is gebleven (1).

In Nederland werd door de NHG ook een standaard geschreven in verband met problematisch alcoholgebruik (3). Bij indirecte signalen van alcoholgebruik, directe signalen, verzoek voor hulp bij het verminderen, melding van derden, ... dient het alcoholgebruik nagevraagd te worden.
De screeningsdoelgroep is dus tamelijk gelijkaardig aan de Belgische aanbeveling. De NHG standaard gebruikt echter in tegenstelling tot de aanbeveling van Domus Medica geen echt screeningsinstrument (3).
Er dient eerst nagevraagd te worden of de patiënt alcohol gebruikt. Indien er alcohol gedronken wordt, wordt er toelating gevraagd om er verder op in te gaan. Daarna dient op niet-veroordelende wijze het alcoholgebruik nagevraagd te worden. Er dienen een heleboel vragen gesteld te worden in functie van de DSM-5 criteria. Bijkomende of achterliggende psychosociale problematiek, de motivatie van de patiënt, vorige pogingen en de ernst van de eventuele schadelijke gevolgen bepalen de behandeling. Bij een ernstige stoornis (6 of meer criteria) dient er doorverwezen te worden naar een verslavingsinstelling. Bij minder criteria en geen andere redenen voor verwijzing, kan de huisarts zelf behandelen. Dit aan de hand van voorlichting, ondersteunende gesprekken, behandeling via het internet en medicamenteuze therapie (3).

Vanuit praktisch oogpunt is de aanbeveling van Domus Medica handiger. Op korte tijd kan snel een onderscheid gemaakt worden met een eenvoudige vragenlijst. Bij de Nederlandse aanbeveling dienen teveel vragen gesteld te worden, wat voor een grotere tijdsbelasting zou zorgen. Daarom werd geopteerd om de Belgische aanbeveling te gebruiken in deze studie.

2.3 Screeningsmethode

2.3.1 De verschillende screeningsmethodes

Er bestaan verschillende screeningsinstrumenten rond alcoholgebruik. In de richtlijn van Domus Medica worden de AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) en de AUDIT-C naar voor geschoven. Er zijn echter nog veel andere screeningsinstrumenten.

De AUDIT, ontwikkeld door de WHO voor gebruik in de eerstelijnsgezondheidszorg, is een vaak gebruikte vragenlijst. Voor omstandigheden waar er niet genoeg tijd is om de volledige AUDIT af te nemen, zijn er verschillende korte vragenlijsten ontwikkeld (5).

De AUDIT-C die bestaat uit de eerste 3 vragen van de AUDIT en in validiteit weinig blijkt te verschillen. Verschillende studies schuiven de AUDIT-C naar voor als eerste keus in medische setting, maar er bestaat nog geen eensgezindheid over (5).

Aertgeerts et al. vermeldden verder nog de AUTID-PC, een korte versie van de AUDIT, die gemaakt werd door Piccinelli et al. Deze sceeningsmethode bestaat uit vraag 1, 2, 4, 5 en 10 van de AUDIT. Hetzelfde scoringssysteem wordt gebruikt (3).

De FAST (Fast Alcohol Screening Test) werd ontwikkeld in Engeland voor het gebruik in algemene ziekenhuizen en spoedopnameafdelingen. Het instrument bestaat uit vier vragen en heeft een sensitiviteit van 93% en specificiteit van 88% (Hodgson et al., 2003) (5).

De CAGE-test (de eerste letters van de woorden Cutdown, Annoyed, Guilty en Eye-opener) omvat vier vragen waarop enkel met ja of nee moet worden geantwoord. Vanaf twee positieve antwoorden is er een aanduiding voor de aanwezigheid van alcoholmisbruik of -afhankelijkheid. De test werd frequent geëvalueerd en toont een sensitiviteit van 43 tot 93% en een specificiteit uiteenlopend van 70-93% voor alcoholproblemen (Fiellin, 2000, O'Connell et al., 2004) (5).

Verder werd bij Aertgeerts et al. de "Five-Shot questionnaire" vermeld. Deze bestaat uit 3 vragen van de CAGE en 2 van de AUDIT (6).

Bohn et al. deden onderzoek naar de CAGE, AUDIT en de MAST (Michigan Alcoholism Screening Test). Deze laatste test bestaat uit 25 items (7). Dit maakt deze test minder geschikt.

Naast al deze verschillende testen zou er ook gebruik kunnen gemaakt worden van laboratoriumtesten. Volgens Aertgeerts et al. zijn laboratoriumtesten echter niet bruikbaar als screeningsinstrument in de huisartsenpraktijk (6).

2.3.2 Onderzoek verschillende testen

Aertgeerts et al. onderzochten verschillende methoden van screening (CAGE, AUDIT, AUDIT-PC, Five-Shot questionnaire en AUDIT-C) in de huisartsenpraktijk in België (6). De diagnostische accuraatheid van de verschillende testen werd bij dezelfde populatie bestudeerd. De DSM-III-R criteria werden gebruikt als gouden standaard. Er werd ook vergeleken met enkel laboratoriumtesten (GGT,AST, ALT, urinezuur, MCV en %CDT). De %CDT is de relatieve hoeveelheid CDT in proportie tot het totale transferrine. In totaal namen 1992 patiënten deel aan de studie. De prevalentie van problematisch alcoholgebruik of afhankelijkheid bedroeg 8,9% (6).

Aertgeerts et al. concludeerde dat met een sensitiviteit van 62% voor mannen en 54% voor vrouwen de CAGE geen efficiënt screeningsinstrument is in de eerstelijnszorg (6).

De AUDIT had een sensitiviteit bij mannen van 83% bij een cutoff van 5 of meer. Bij de normale cutoff van 8, werd er een sensitiviteit van 60% waargenomen. Bij vrouwen waren de resultaten gelijkaardig. De AUDIT-C met een cutoff van 5 had bijna dezelfde resultaten, maar is makkelijker in gebruik. De Five-Shot vragenlijst had de beste screeningsresultaten in een vrouwelijke populatie (6).

In de studie van Bush et al. werd onderzocht of de AUDIT-C een goede methode is om te screenen naar overmatig alcoholgebruik. Er werden 393 veteranen uit 3 algemene medische klinieken voor veteranen geïncludeerd. Deze mannen kregen de vragenlijst via mail. Indien ze het laatste jaar 5 of meer alcoholische dranken gedronken hadden, kwamen ze in aanmerking om deel te nemen aan de studie. De volgende stap was een telefonisch interview aan de hand van het WHO alcoholconsumptie interview en de DSM3 vragen. Uiteindelijk deden 243 (62%) van de patiënten de AUDIT-C en het telefonisch interview (8).

De 4 items CAGE bleek niet sensitief genoeg te zijn om zware drinkers op te sporen en maakte geen onderscheid tussen actief en vroeger problematisch alcoholgebruik (8). De sensitiviteit bedroeg 56% in deze populatie bij een cutoff van 2. De sensitiviteit bij een cutoff van 3 was 90% voor problematisch alcoholgebruik en 98% voor zware drinkers. De specificiteit bedroeg slechts 60% (8).

De 10 vragen van de AUDIT deden het iets beter in de identificatie van patiënten met problematisch alcoholgebruik of afhankelijkheid (8).

Andersons et al. deden recent onderzoek naar de implementatie van screening en interventie. Er werd geopteerd voor de AUDIT-C als screeningsinstrument aangezien die continu positief gerapporteerd wordt (9). Er werd vermeld dat de AUDIT-C scores geassocieerd worden met verschillende gezondheidsrisico's, post-operatieve complicaties, hospitalisatie voor gastro-intestinale condities, trauma en mortaliteit.

Bohn et al. evalueerden de AUDIT als screeningstest. Er namen 252 patiënten deel aan hun studie. Een score van 10 of meer gaf een sensitiviteit van 99% en een specificiteit van 74%. De ROC-curve van de AUDIT (AUC (area under the curve) 0,90 +- 0,03) was significant beter dan die van de MAST (AUC 0,75 +- 0,05). Beide waren wel significant. Er werd besloten dat de AUDIT problematisch alcoholgebruik kan onderscheiden van niet-problematisch alcoholgebruik (7).

Naast de sensitiviteit en de specificiteit zijn er nog een aantal criteria belangrijk bij de keuze van een screeningstest. Zo is een screeningstest best ook gemakkelijk, snel en getest in een huisartsenpopulatie. Aangezien de AUDIT bewezen effectief is in het opsporen van problematisch alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid en aangezien dit in de richtlijn van Domus Medica heel praktisch en snel toegepast werd, werd geopteerd om de AUDIT (-C) te gebruiken in deze studie.

2.4 Methode interventie

Domus Medica stelt een korte interventie voor als behandeling (1). De NHG standaard spreekt over voorlichting, ondersteunende gesprekken en behandeling via het internet (2). Daarnaast wordt er

ook gesproken over een medicamenteuze behandeling, maar hierop werd niet gefocust tijdens deze studie. Voor deze studie werd geopteerd om vooral verder in te gaan op de korte interventie.

2.4.1 Verschillende interventie methodes

Vooraleer verder te gaan op de korte interventie, nog kort enkele andere interventievormen. In de studie van Kaner et al. werd onderzocht welke interventievorm (folder, folder + kort advies of folder + kort advies + levensstijladvies) het effectiefst was. Bij deze studie in het Verenigd Koninkrijk namen 2991 patiënten deel (10). Negenhonderd (30,1%) screenden positief op problematisch alcoholgebruik. De screening gebeurde geclusterd gerandomiseerd op basis van aanpak en op basis van screeningsinstrumenten. De basis van aanpak was ofwel universeel bij alle patiënten ofwel gerichte screening (gebaseerd op mentale gezondheid, gastro-intestinale problemen, hypertensie, kleine verwondingen en nieuwe patiëntenregistraties). De 2 screeningsinstrumenten waren de “fast alcohol sreening test” en de “modified single alcohol screening questionnaire”. De deelnemers werden nadien opnieuw geclusterd gerandomiseerd in 3 groepen. De eerste groep kreeg enkel een folder na screening en feedback over de score. Deze folder was 16 pagina’s lang en bevatte naast informatie over de gezondheidsrisico’s van overmatig alcoholgebruik en informatie over hoeveel eenheden alcohol er in bepaalde dranken zit, ook 2 sites voor zelfhulp, het nummer van de nationale drinklijn en contactgegevens van lokale behandelmogelijkheden (10).
De tweede groep kreeg de folder en 5 minuten gestructureerd kort advies. De derde groep kreeg daarenboven 20 minuten levensstijlbegeleiding tijdens een vervolgafspraak binnen de 2 weken.
In totaal kregen 756 patiënten een korte interventie (84,0%) (10).

Na 6 maanden werd de AUDIT afgenomen als primaire uitkomstmaat. De AUDIT was positief bij een score van 8 of meer (sensitiviteit 92% en specificiteit 94% voor overmatig alcoholgebruik). Verder werd als secundaire uitkomst een negatieve AUDIT na 12 maand genomen, een vragenlijst over problemen te wijten aan alcohol, de motivatie van de patiënt om de drinkgewoonte te veranderen, de “health utility EQ-5D”, en de “service utilisation” (10).

Na 6 maand werd 83% teruggezien en na 12 maand 79%.
Er werden geen significante verschillen in negatieve AUDIT scores gezien tussen de 3 interventies op 6 en op 12 maand. Het aantal negatieve AUDIT’s bij follow-up nam toe in alle groepen. De odds ratio voor een negatieve AUDIT van de korte interventie in vergelijking met van de folder was 0,85 (95% CI 0,52-1,3) en voor levensstijlbegeleiding 0,78 (0,48-1,25) (10).

Patiënten die levensstijlbegeleiding gekregen hadden, toonden wel een significant grotere bereidheid om te veranderen dan de andere 2 groepen op 6 maand (respectievelijk 32 %, 34% en 43%) (10).

Er werd geconcludeerd dat kort advies noch levensstijlbegeleiding een groot bewezen bijkomend voordeel hadden. Screening gevolgd door simpele feedback en geschreven informatie zou de beste strategie zijn in de eerste lijn om overmatig alcoholgebruik te verminderen (10).

De gebruikte folder van Kaner et al. bevatte echter informatie die ook aan bod komt bij de korte interventie (10).

2.4.2 Korte interventie

2.4.2.1 Effectiviteit

In de Cochrane review van Beyer et al. werd het effect van een korte interventie (5-15 min) onderzocht aan de hand van 29 RCT’s (Randomized Controlled Trial). Hiervan vonden er 24 plaats in de eerstelijnszorg en 5 in spoedgevallen setting.
In deze studie werd gemiddeld 30 standaard glazen per week gedronken. Patiënten die een korte

interventie kregen, dronken na een jaar minder alcohol (38 gram/week, range 23-54 gram). Voor mannen was het verschil statistisch duidelijk, voor vrouwen niet (11).

In het Verenigd Koninkrijk werd in 2016 een artikel geschreven gebaseerd op de NICE richtlijnen. Hierin werden de verschillende alcohol gerelateerde problemen opgelijst. Er werd gesteld dat er 2 zaken zijn die de individuele zorgverlener kan doen (12).

Ten eerste, een korte interventies van 5 tot 15 minuten als de gelegenheid zich voordoet. Dit diende te gebeuren op basis van het "FRAMES" principe ("feedback, responsibility, advice, menu, empathy and self-efficacy"). De meesten studies toonden hierdoor een significantie reductie in het drinkgedrag aan na 1 jaar of meer.
Ten tweede werd ook de gespecialiseerde hulpverlening in ziekenhuizen vermeld (12).

In de systematische review van Alvarez-Bueno et al. werd de effectiviteit van een korte interventie in de eerstelijnszorg onderzocht. Dit gebeurde aan de hand van 7 studies (6 meta-analyses en 1 systematische review). Er werden 2 uitkomstmaten bekeken namelijk de alcoholconsumptie over een specifieke periode (meestal een week) en het aantal patiënten waarbij de inname onder het risicolevel was. De follow-up periode varieerde van 6 maand tem 48 maand (13).

In 5 studies werd de alcoholconsumptie onderzocht. Er werd gevonden dat een korte interventie voor een daling in de alcoholconsumptie zorgde. Een meta-analyse toonde een reductie van 38 gram in vergelijking met de normale zorg. Een andere studie toonde een wekelijkse reductie van 19 tot 51 gram in vergelijking met andere interventie strategieën (13).

Vier studies concludeerde dat een korte interventie effectief is in het reduceren van de prevalentie van overmatige drinkers (13).

De studie concludeerde dat korte interventie een nuttige strategie is om om te gaan met alcoholconsumptie met een matige effectiviteit om consumptie te doen dalen bij niet-afhankelijke drinkers. Het zou geïmplementeerd moeten worden in de eerste lijn en herhaald elke keer de patiënt terug op consultatie komt (13).

Babor et al. deden in 2006 onderzoek naar de effectiviteit van screening en korte interventie. Deze studie vond plaats in 5 zorgorganisaties in de USA. Er werd gescreend met behulp van de AUDIT-C (positief bij groter dan 7 bij vrouwen en oudere mannen en groter dan 8 bij jonge mannen). De laatste vraag van de AUDIT-C werd wel aangepast. In plaats van 6 of meer eenheden alcohol bij 1 gelegenheid werd dit veranderd in 4 of meer eenheden. Dit op basis van de richtlijn van het nationaal instituut van alcoholmisbruik en alcoholisme (NIAAA) (14).

De patiënten werden verdeeld in 3 groepen. Zo waren er klinieken waar 1955 controle patiënten positief screenden. In de klinieken waarbij de korte interventie gedaan werd door een verpleegkundige zaten 1151 patiënten. De derde groep, met een korte interventie door een arts, bestond uit 1124 patiënten. Uiteindelijk was er bij 1329 patiënten na 3 maand een follow-up gesprek na 3 maand (14).

Als primaire uitkomstmaat was er na 3 maand reductie van het alcoholgebruik in alle 3 de groepen. Er was een statistisch significant verschil tussen de controlegroep en de interventiegroepen (P=0,018). Bij de interventiegroepen verminderde 60% zijn alcoholgebruik met 1 of meer eenheid per

week, bij de controlegroep was dit 53%. Er was geen significant verschil tussen de 2 interventiegroepen. Op 12 maand was er ook een significant verschil tussen de controlegroep en de interventiegroepen (14).
Babor et al. stelden vast dat screening en korte interventie zeker geïmplementeerd kunnen worden in een (drukke) praktijk. Als het geïmplementeerd wordt, kan het zorgen voor een matige maar statistisch significante daling van het alcoholgebruik van de patiënt (14).

De literatuur is dus nog wel positief over de effectiviteit van een korte interventie. De Cochrane review vond een significante daling bij mannen, de NICE richtlijnen stellen een korte interventie voor, de systematische review van Alvarez-Bueno et al. sprak over een matige effectiviteit, Babor et al. vermeldden ook een matige maar statistisch significantie daling.

2.4.2.2 Kosten-effectiviteit

Nu geweten is dat een korte interventie matig effectief is, dient gekeken te worden of het kosten-effectief is.

De studie uit Amerika van Solberg et al., onderzocht of alcoholscreening en korte interventie kosten-effectief is. Alcohol screening en korte interventie staan in de top 5 van de preventie prioriteitenlijst opgesteld door de nationale commissie voor preventie prioriteiten (15).

In Europa werd ook een studie rond kosten-effectiviteit gedaan. Er werd vertrokken van de maximum prijs per QUALY in het Verenigd Koninkrijk (20 000/QUALY, ongeveer 22 500 euro). Angus et al. besloten dat implementatie van nationale programma's rond screening en korte interventie in de eerstelijnszorg kosten-effectief zou zijn in het reduceren van alcohol gerelateerde morbiditeit en mortaliteit in bijna alle landen van de EU (16). De programma's zouden kosten-effectief zijn in 24 van de 28 landen van de EU en kosten besparend in 50% van de landen. België zou kosten besparen met de implementatie van een nationaal programma (16).

In de aanbeveling van Domus Medica werd ook vermelding gemaakt van de kosten-effectiviteit. Er werd gesproken van 1900 euro per DALY (Disability Adjusted Life Years). Dit zou de geschatte kostprijs zijn om 1 jaar in slechte gezondheid of 1 jaar vroegtijdige sterfte te voorkomen. Korte interventies voor overmatig en schadelijk alcoholgebruik is zo de goedkoopste van alle medische interventies die leiden tot gezondheidswinst (1).

2.4.2.3 Implementatie

In theorie was het dus duidelijk dat een korte interventie (kosten-) effectief was. Bij een eigenlijke implementatie van screening en korte interventie in de praktijk kunnen er wel enkele pijnpunten optreden.

In Denemarken deden Deick et al. een kwalitatieve studie over screening en een korte interventie. Gedurende 8 weken werden alle patiënten gescreend door 39 eerstelijns artsen. Bij een positieve screening werd een meer gedetailleerde vragenlijst afgenomen. Indien deze ook positief was, werd een korte interventie gedaan. Deze interventie bestond uit feedback over de huidige drinkgewoonten, informatie over de risico's op de gezondheid, de voordelen van het aanpassen van de gewoonten en advies over hoe verminderen. Er werd bovendien zelf hulp materiaal en een follow-up gesprek aangeboden (17).

Drie tot 12 weken na de studie werden er focusgroepen gehouden. Dit was voordat de effectiviteit gekend was. Zes van de 39 artsen werden om praktische redenen niet uitgenodigd. Van de overige werden er 24 geïnterviewd. Hiervan zaten er 4 in 1 focusgroep, 15 in een andere focusgroep en 5 werden individueel geïnterviewd (17).

Uit deze bevragingen kwam dat de meeste dokters dachten dat sommige patiënten niet eerlijk antwoordden op de AUDIT vragen. Enkele vermeden zelfs om tijdens de periode van screening de praktijk te bezoeken.
Bijna alle dokters kregen bovendien negatieve reacties van enkele patiënten, er waren echter ook positieve reacties (17).

Bij een nieuw bezoek werd er meestal niet opnieuw ingegaan op het drankgebruik van de patiënt. Dit omdat sommige dokters het gevoel kregen dat ze dit gevoelig onderwerp best wat lieten rusten. Andere konden niet onmiddellijk een oorzaak benoemen. Het vertrouwen in hun eigen kunnen op vlak van communicatie was beperkt. Het was een moeilijk onderwerp. Twee andere struikelpunten waren het gebrek aan tijd en het gebrek aan training. De artsen waren verder sceptisch over het resultaat (17).

Bij de eigenlijke implementatie van screening en korte interventie zullen er dus vermoedelijk wel enkele moeilijkheden optreden.

2.5 Afbakenen studie

In de richtlijn van Domus Medica werd voorgesteld om te screenen bij een heel grote groep patiënten (1). Praktisch was dit niet mogelijk, dus werd er gekeken naar enkele specifieke groepen: diabetespatiënten en patiënten die slaap- en/of kalmeringsmedicatie nemen.

2.5.1 Alcohol en diabetes

Om meer te weten over diabetes en alcoholgebruik werd ook hier gebruik gemaakt van de richtlijnen. In de richtlijn van Domus Medica over diabetes stond vermeld dat patiënten met diabetes zich dienen te houden aan de aanbevolen richtlijnen omtrent alcoholgebruik in de algemene populatie (18).

In de review van Engler et al. (19) werd aangegeven dat overmatig alcoholgebruik zorgt voor een slechte invloed op de zelfzorg van diabetespatiënten. Ze vermelden verschillende studies die dit aantonen. Overmatig alcoholgebruik zou ook leiden tot een slechtere therapietrouw wat een hogere mortaliteit en morbiditeit teweegbrengt. Alcoholgebruik werd volgens Enger et al. onvoldoende nagevraagd en aangepakt. Er werd aangeraden om screening en behandeling, via een korte interventie, in de routine zorg van diabetespatiënten te implementeren (19).

2.5.2 Alcohol en slaap- en/of kalmeringsmedicatie

De combinatie van alcohol en psychotropische medicatie wordt geassocieerd met gezondheidsrisico's. Patiënten kunnen, als gevolg van interacties, toegenomen centraal zenuwstelsel depressie en andere negatieve effecten waarnemen. Deze effecten kunnen leiden tot problemen in het geheugen, coördinatie en stabiliteit. Hierdoor is er een toegenomen risico op vallen en verwondingen (20).

In een Finse studie werd bovendien gevonden dat mannelijke gebruikers van psychotropische medicatie meer alcohol consumeerden, zowel op vlak van frequentie als kwantiteit, dan patiënten die deze medicatie niet gebruiken (20).

Blennow et al. maakten ook vermelding van het vaak concomitant gebruik van alcohol en sedatieve of hypnotische medicatie (21). Ze eindigen hun artikel met een raad aan de artsen om aandachtig te zijn bij tijdelijk gebruik van sedatieven of hypnotische medicatie want het kan een indicator zijn voor hoog alcoholgebruik (21).

Er zijn dus voldoende argumenten om deze studie te beperken tot deze twee groepen.

3 Onderzoeksmethodiek

3.1 Kwaliteitsverbeterend project

Deze studie maakte gebruik van het FOCUS-stappenplan, dit bestond uit:

Find problem:

Er werd gekozen om een kwaliteitsverbeterend project rond alcohol te doen. Dit naar aanleiding van een bijscholing op de LOK (lokale kwaliteitsgroep) over alcoholmisbruik door een hepatoloog van een naburig ziekenhuis.

Na de bijscholing werd stilgestaan bij de aanpak van alcohol in de eigen praktijk en besloten dat hier nog te weinig rond gedaan werd. Er waren vast nog veel patiënten met een probleem waarbij niet stilgestaan werd.

Bovendien werd er, in die periode, een patiënt met een zware alcoholafhankelijkheid gezien op consultatie. Dit was geen gemakkelijk consult. Nadien kwam de vraag van hoe dient dit nu aangepakt te worden?

Organise meeting:

Er werd samengezeten met de praktijkopleider (PO). De praktijk bestond enkel uit de PO en de HAIO. Dit waren dus de enige betrokkenen op niveau van de praktijk. Er werd toen nog niks systematisch in het elektronisch medisch dossier genoteerd rond het alcoholgebruik van de patiënten. Verder was er geen vast moment wanneer dit nagevraagd werd. Enkel als het ter sprake kwam, werd er dieper op in gegaan. Bovendien werd het niet genoteerd in het elektronisch medisch dossier als een patiënt diabetes had of als hij slaap- en/of kalmeringsmedicatie nam.

De richtlijn van Domus Medica werd als leidraad gebruikt (1).

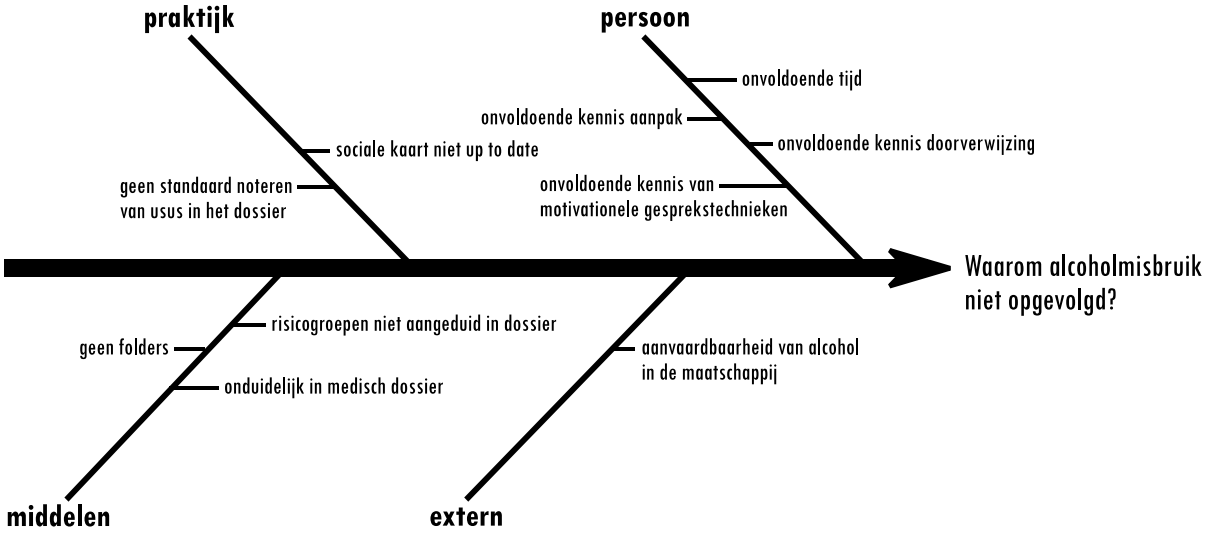
Andere mogelijke betrokkenen waren de hulpverleners naar wie doorverwezen zou worden. Het project werd ook met de hepatoloog besproken. Er is in de omgeving nog geen duidelijk plan in verband met doorverwijzing.

3.1.1 Clarify:

Er werd met de PO besloten om het alcoholgebruik bij de patiënten in kaart te brengen en indien nodig aan te pakken, dit aan de hand van de richtlijn van Domus Medica (1). Moest deze richtlijn helemaal gevolgd zijn, dienden er veel te veel patiënten te worden geïncludeerd in de studie. Daarom werd geopteerd om de doelgroep te beperken tot patiënten met diabetes en patiënten die slaap- en/of kalmeringsmedicatie namen.

3.1.2 Understand:

Om mogelijke problemen/struikelblokken in het huidige beleid te vinden, werd gebruik gemaakt van een visgraadanalyse.



Figuur 1: Visgraadanalyse

3.1.3 Start:

Er werd gebruik gemaakt van de PDCA-cyclus (Plan, Do, Check, Act).

PLAN:

Aan de hand van de richtlijn van Domus Medica werd een flow-chart (Figuur 2) opgesteld. Er werd gekozen voor de richtlijn van Domus Medica omdat deze zeer praktisch toepasbaar is. De groepen waarbij gescreend diende te worden, werden beperkt tot patiënten met diabetes en patiënten die slaap- en/of kalmeringsmedicatie gebruiken (1).

De flow-chart werd overlopen met de co-promotor en met de praktijkopleider.

Het maximum aantal standaardglazen werd in de folder (Bijlage 7) aangepast naar 10 eenheden per week, volgens de laatste richtlijnen van het VAD (2).

Er werd ook gekeken of deze laatste aanbeveling van 10 eenheden per week geen belemmering vormde om de aanbeveling van Domus Medica te gebruiken (1). Er werd gekeken naar de scores van de AUDIT en de bijhorende stappen. Samen met de co-promotor werd besloten dat de aanbeveling geldig bleef.

DO:

Vooraleer het over alcohol ging, diende de risicogroepen benoemd te worden. Er werd dus vooraf al in het elektronisch medisch dossier genoteerd dat de patiënt diabetes had of slaap- en/of kalmeringsmedicatie nam.

Het werd afgesproken met de praktijkopleider (PO) waar dit genoteerd zou worden in het dossier.

Daarna werd een vragenlijst gemaakt gebaseerd op de AUDIT en op maat van de patiënt. Er werd bijvoorbeeld gesproken over suikerziekte niet over diabetes. Dit omdat de patiënt zo gemakkelijk kan meevolgen.
De AUDIT vragenlijst werd via een zelfgemaakt computerprogramma geregistreerd. Dit computerprogramma (screenshots zie Bijlage 2, Bijlage 3, Bijlage 4 en Bijlage 5) volgde de flow-chart (Figuur 2). Het programma informeerde in eerste instantie naar enkele algemene gegevens van de patiënt (Bijlage 2). In tweede tijd werd het eerste deel van de AUDIT afgenomen, de AUDIT-C (Bijlage 3). Afhankelijk van de score werd er gezorgd dat er een ander volgend scherm verscheen. In geval

van aanvaardbaar alcoholgebruik kwam er een groen scherm tevoorschijn met daarop aanvaardbaar alcoholgebruik en de raad om zo verder te doen. Bij hogere scores verscheen een oranje of een rood scherm met respectievelijk problematisch alcoholgebruik of afhankelijkheid (Bijlage 5). Dit zodat aan de patiënt onmiddellijk getoond kan worden dat zijn alcoholgebruik te hoog is. Dit was handig voor de feedback aan de patiënt.

De vragenlijst werd vooraf uitgetest met de PO. Dit werd gedaan aan de hand van een testpersoon.

Er werd nog een andere vragenlijst (Bijlage 6) ontworpen voor de patiënten met problematisch alcoholgebruik en afhankelijkheid. Hierbij werd gepolst naar hun motivatie, hun beleving van de vragen, ... Dit werd gedaan na de bespreking met de co-promotor. De co-promotor gaf al duidelijke instructies hoe de vragenlijst eruit moest zien. Er werd samen gezeten met de PO om tot de uiteindelijke vragenlijst te komen.

De aangepaste folders, de vragenlijsten, de toestemmingsformulieren en de patiënteninformatie werden afgedrukt en in een mapje bewaard in de consultatieruimtes. Er werd ook een document op de computer voorzien zodat er altijd een nieuw exemplaar afgedrukt kon worden.

De gebruikte flow-chart (Figuur 2) werd afgedrukt. Deze werd aan de PO gegeven en samen besproken zodat het duidelijk was wat wanneer diende te gebeuren.

Via het computerprogramma werd telkens weergegeven wat er gedaan diende te worden. Dit voor het gemak van de onderzoeker. Zodat er een soort leidraad zou zijn. Zo kwam op het scherm dat er kort advies gegeven diende te worden, doorverwezen diende te worden, ...

Indien er een folder meegegeven moest worden, een follow-up gesprek vastgelegd moest worden of doorverwezen diende te worden, kwam dit ook op het scherm. Dit diende aangekruist te worden als het gedaan werd. Zo kon ook geëvalueerd worden of de richtlijn gevolgd werd.

CHECK:
Tijdens de implementatie kwamen enkele problemen aan het licht.

Ten eerste was er op een bepaald moment een patiënt die volgens de richtlijn niet doorverwezen diende te worden, maar die omwille van psychische problemen en voorgeschiedenis van overmatig alcoholgebruik toch doorverwezen werd.

Een tweede probleem van het computerprogramma dat opdook tijdens de registratie was dat de geboortedatum moeilijk in te vullen was. Het diende via een schuine lijn (/) te gebeuren anders werd er geen datum genoteerd. Zo waren er een aantal registraties zonder geboortedatum omdat dit niet goed ingegeven werd.

Er werd ten derde gemerkt dat het soms moeilijk was om goed te weten hoe je het moest aanpakken bij mensen die problematisch alcoholgebruik hadden of alcoholafhankelijkheid. Dit door een gebrek aan oefening over de juiste aanpak. De doorverwijzing leidde ook tot problemen. Dit werd in samenspraak gedaan met de patiënt, maar meer kennis over de mogelijkheden was nuttig geweest.

Tijdens de periode dat er geregistreerd werd, werd bovendien duidelijk dat de registratie nog niet volledig was. Er werden nog patiënten gevonden die in aanmerking kwamen om deel te nemen aan de studie, maar bij wie dit nog niet geregistreerd was.

Verder was er in het begin een periode dat er veel registraties gebeurden. Later verslapte de aandacht een beetje waardoor het soms wat dreigde stil te vallen.

Er werd bovendien opgemerkt dat er veel patiënten in aanmerking kwamen die we enkel op huisbezoek zagen. Er werd wel een computer meegedaan op huisbezoek voor het dossier in te kunnen kijken, maar er is geen internetverbinding op huisbezoek. Aangezien het computerprogramma werkte via het internet vormde dit een probleem. Er kon dus niet geregistreerd worden op huisbezoek.

Als laatste werd de extra vragenlijst voor de patiënten soms vergeten. Dit zorgde voor een probleem in het kwalitatieve luik van deze studie.

ACT:
Tijdens de periode dat er geregistreerd werd, werden er nog extra patiënten aan beide groepen toegevoegd.

Het computerprogramma werd vaak aangepast. Zo werd het mogelijk om mensen ook door te verwijzen bij problematisch. Er werd “toch doorverwezen omwille…” toegevoegd. Dit om te nadruk te leggen op het feit dat het volgens de richtlijn dan niet nodig is.

Een andere aanpassing aan het computerprogramma was dat de ingave van datums veranderd werd. Er diende enkel nog de cijfers ingegeven te worden. De schuine lijn stond er automatisch.

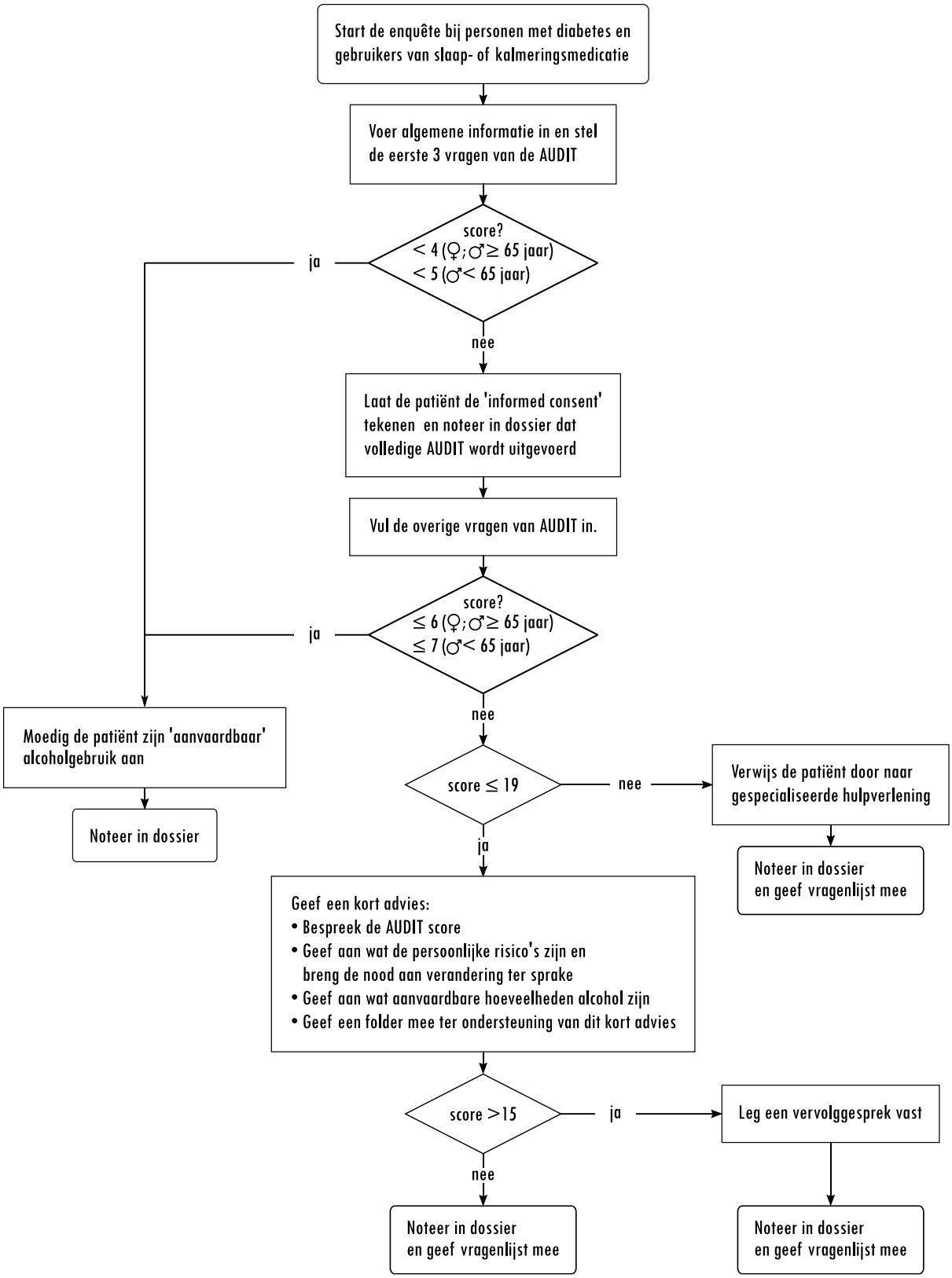
De “FRAMES” (“feedback, responsibility, advice, menu, empathy and self-efficacy”) werden nog eens goed bestudeerd om het zelfvertrouwen van de onderzoeker te bevorderen en om de aanpak te optimaliseren.

Er werd een sociale kaart opgesteld om de doorverwijzing te vergemakkelijken. Deze was echter niet echt nodig, aangezien er maar zeer weinig patiënten open stonden voor doorverwijzing.

Af en toe werd het nog eens besproken onder elkaar om er terug wat aandacht op te vestigen. Er werd gemerkt dat dit hielp om terug te registreren.

Er werden afdrukken gemaakt van het computerprogramma om mee te nemen op huisbezoek. Zo konden er ook registraties gebeuren thuis zonder de noodzakelijke internetverbinding voor het computerprogramma.

De extra vragenlijst voor de patiënten werd nog eens opnieuw afgedrukt en er werd een link op het bureaublad gezet zodat ze gemakkelijk afgedrukt konden worden.



Figuur 2: Flow-chart

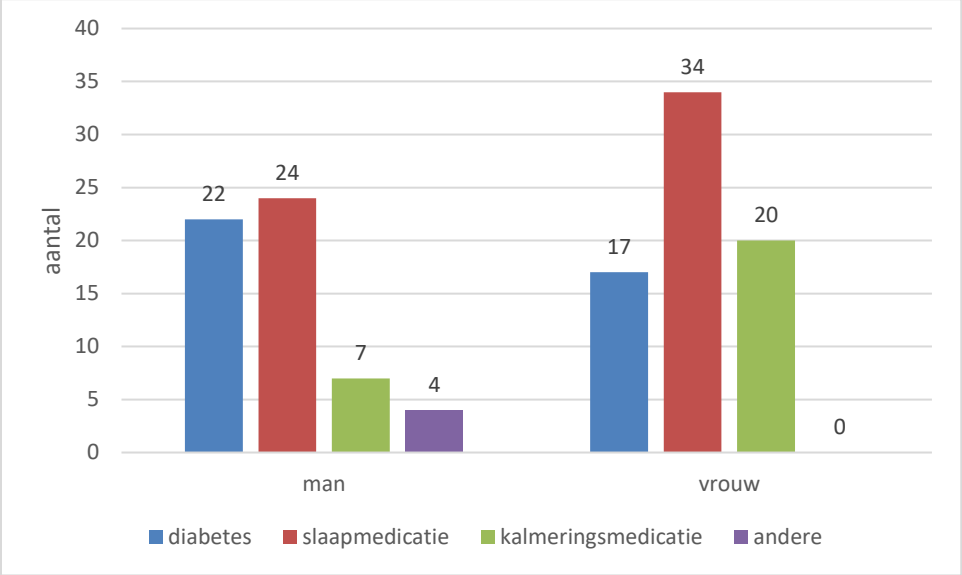
4 Resultaten

4.1 Deel 1: Kwantitatief onderzoek

De patiëntenregistratie gebeurde van eind juni 2017 tot en met eind december 2017. De totale duur van de registratie bedroeg dus 6 maanden. In totaal werden 119 patiëntencontacten geregistreerd. Bij 4 contacten betrof het een follow-up gesprek. Eén patiënt kwam 2 keer op geregistreerde follow-up.

Eén patiënt weigerde na de eerste vragenreeks om verdere vragen te beantwoorden. Met een totale score op de AUDIT van 8, werd hij, zonder de tweede vragenreeks, onder problematisch alcoholgebruik geklasseerd.

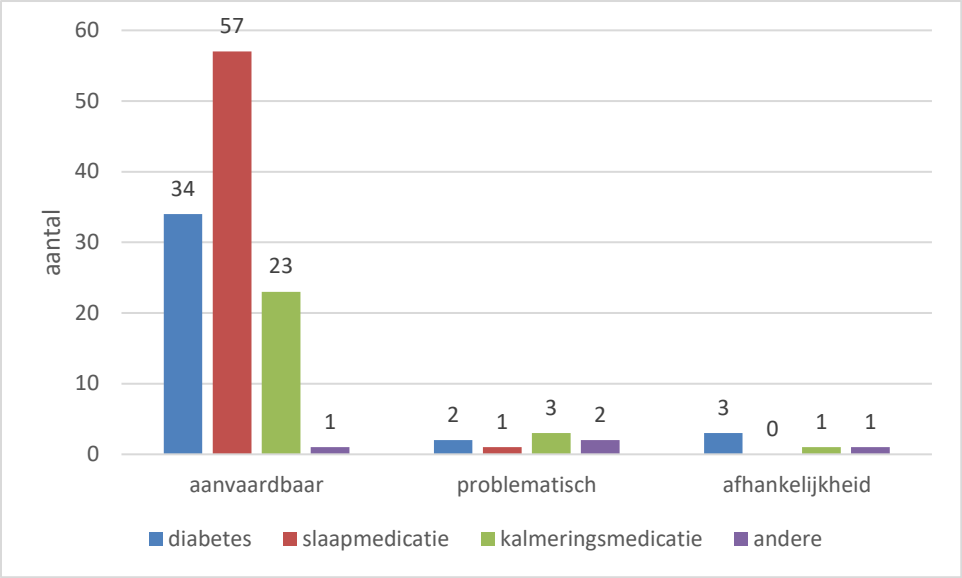
De kenmerken van de geregistreerde populatie staan vermeld in Figuur 3.



Figuur 3: Kenmerken geregistreerde populatie.

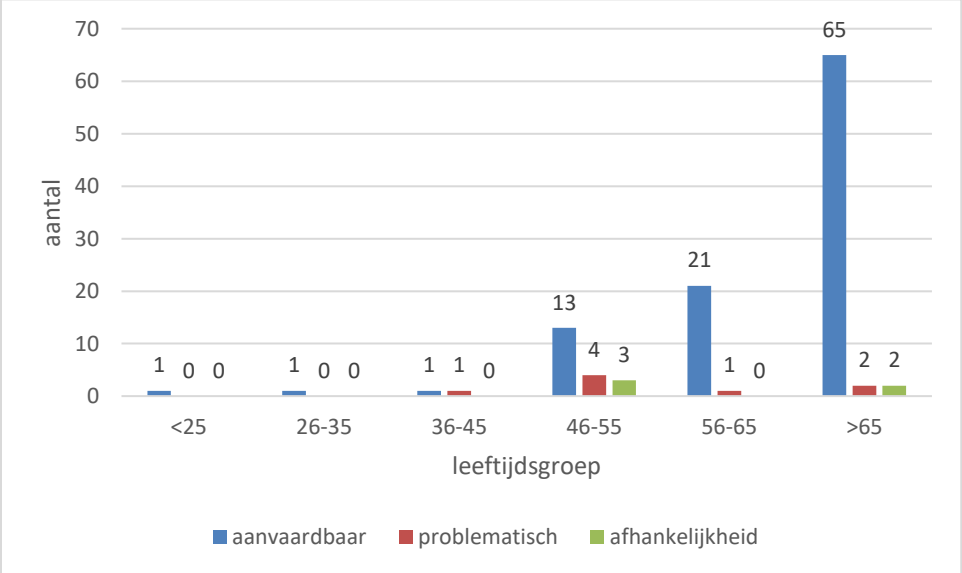
De meeste patiënten werden geregistreerd omwille van slaapmedicatie. Behalve bij diabetespatiënten of bij patiënten die bepaalde medicatie namen, werden ook contacten geregistreerd waarbij het alcoholgebruik ter sprake kwam. Dit waren patiënten bij wie er nog geen gekend alcoholprobleem was. Ze staan in de legende vermeld als “andere”. Deze groep bestond uit 4 patiënten.

Van de 115 patiënten die deelnamen aan de studie, waren 51 (44,3%) man en 64 (55,7%) vrouw.



Figuur 4: Aantallen van aanvaardbaar alcoholgebruik, problematisch alcoholgebruik en alcohol afhankelijkheid per groep.

De leeftijdsverdeling van de onderzochte populatie wordt weergegeven in Figuur 5.



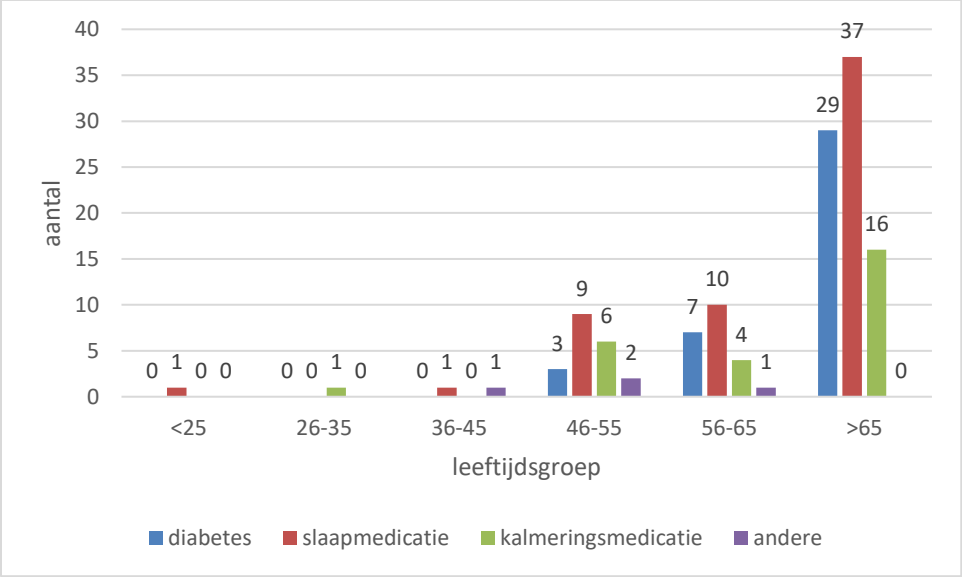
Figuur 5: Leeftijdsverdeling ten opzichte van alcoholgebruik

De jongste leeftijden zijn niet massaal vertegenwoordigd. Onder de 46 jaar zijn er 4 geregistreerde patiënten, waarvan 1 met problematisch alcoholgebruik (Figuur 5). Eén patiënt neemt al op jonge leeftijd slaapmedicatie (Figuur 6). Verder is er nog 1 patiënt die slaapmedicatie neemt, 1 neemt kalmeringsmedicatie en bij 1 werd het nagevraagd omwille van alcoholgebruik (Figuur 6).

In de groep van 46 tem 55 jaar is het alcoholgebruik het meest verontrustend, maar liefst 7 van de 20 (35%) patiënten hebben geen aanvaardbaar alcoholgebruik (Figuur 5). De grootste groep 46 tem 55-jarigen (9 van de 20) neemt slaapmedicatie. Daarna volgt kalmeringsmedicatie (6/20), diabetes (3/20) en ten slotte de andere (2/20) (Figuur 6). Bij nazicht blijken, zonder de groep andere, 5 van de 18 patiënten niet aanvaardbaar alcoholgebruik te hebben (28%).

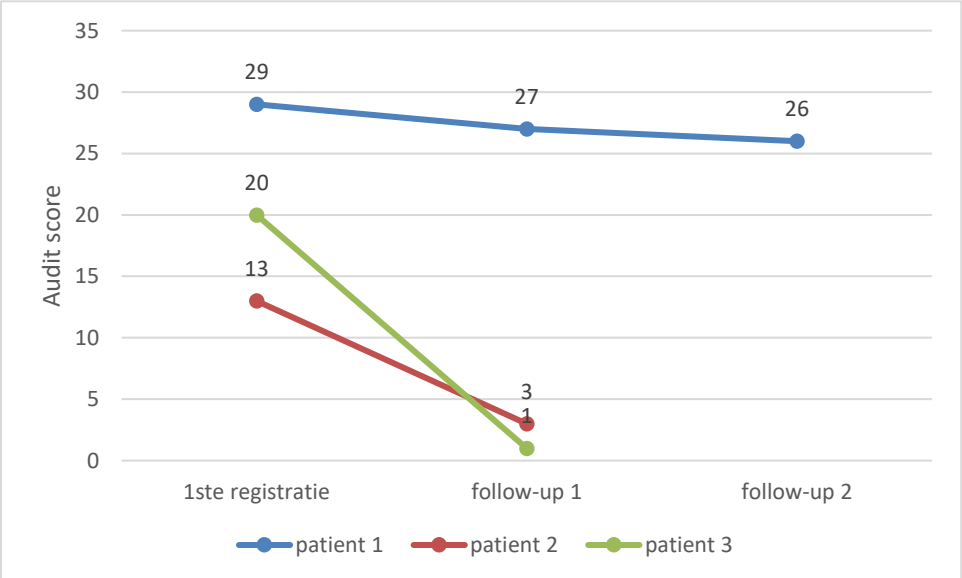
In de leeftijdsgroep van 56 tem 65 jaar was er 1 patiënt van de 22 patiënten (4,5%) met problematisch alcoholgebruik (Figuur 5). In deze leeftijdsgroep was het aandeel van diabetespatiënten iets hoger (Figuur 6).

De groep van 65-plussers was de grootste groep. Dit was voornamelijk te wijten aan slaapmedicatie (37 patiënten van de 82, 45,1%) (Figuur 6).



Figuur 6: Leeftijdsverdeling ten opzichte van diabetes of medicatiegebruik of andere

Zoals reeds aangegeven werden er maar 4 follow-up gesprekken geregistreerd. De resultaten betreffende de totale AUDIT score staan vermeld in onderstaande Figuur 7. Bij de eerste registratie bedroegen de scores 13, 20 en 29. Bij het eerste follow-up gesprek waren de scores gezakt naar respectievelijk 3, 1 en 27. Deze laatste scores behoren bij een patiënt die 2 keer op geregistreerde follow-up kwam. De score bedroeg bij de 2de follow-up 26.



Figuur 7: AUDIT scores bij Follow-up gesprekken van 3 patiënten.

Een opmerking die gemaakt dient te worden bij deze figuur (Figuur 7) is dat, bij de follow-up, 2 van de 3 patiënten enkel de eerste reeks vragen van de AUDIT beantwoord hebben. Aangezien ze hier goed op scoorden werden de overige vragen niet gesteld. Bij de derde patiënt werd er gemerkt dat de tweede reeks vragen quasi onveranderd bleven. Dit aangezien deze vragen gaan over het laatste jaar, dus deze vragen konden niet veranderd zijn.

Verder werden er nog enkele testen gedaan om te kijken of er een verband was tussen verschillende parameters. Er werd telkens gebruik gemaakt van een significatielevel van 5%.

Ten eerste werd het effect van het geslacht getest. Dit werd gedaan aan de hand van een tweezijdige t-test met significantie level van 5%.
De nulhypothese was dat de score van de mannen en van de vrouwen gelijk is. Bij de standaard t-test werd een p-waarde gevonden van 0,19. Aangezien de p-waarde groter is dan 0,05 kan de nulhypothese niet verworpen worden. Er is geen significant verschil tussen mannen en vrouwen.

Ten tweede werd gekeken of patiënten met diabetes een significant verschil hadden in alcoholgebruik (≈ AUDIT-score) ten opzichte van patiënten zonder diabetes. Dit gebeurde opnieuw aan de hand van een standaard t-test.
Hier werd ook geen significant verschil gevonden (p-waarde 0,40).
De nul hypothese kon niet verworpen worden. Er is dus geen significant verschil tussen diabetespatiënten en patiënten zonder diabetes.

Vervolgens werd het effect van patiënten met een combinatie van slaapmedicatie en diabetes getest ten opzichte van patiënten zonder deze combinatie.
De nulhypothese dat de scores gelijk zijn, werd getest.
Omdat bij deze test de variantie van beide populaties niet gelijk kon worden gesteld, werd de Welsh t-test uitgevoerd. Er werd een p-waarde van 0,00062 gevonden.
De nul hypothese kon verworpen worden. Er is een significant verschil in score tussen patiënten met diabetes en medicatie en patiënten die geen combinatie hebben. De gemiddelde score van de combinatiegroep is lager dan die van de andere groep.

Als laatste werd nog de nulhypothese getest of patiënten die de combinatie slaap- en kalmeringsmedicatie nemen een gelijke score hebben aan patiënten die enkel slaap- of kalmeringsmedicatie nemen. Er werd weer gebruik gemaakt van een tweezijdige t-test met significantielevel van 5%. De p-waarde was 0,65.
De nul hypothese kon niet verworpen worden. Er is geen significant verschil in AUDIT score tussen patiënten die slaap- en kalmeringsmedicatie nemen of patiënten die enkel slaap- of kalmeringsmedicatie nemen.

Een mogelijke opmerking bij deze testen is dat de studiepopulatie mogelijks niet groot genoeg was om een significant resultaat te bekomen.

4.2 Deel 2: Kwalitatief onderzoek

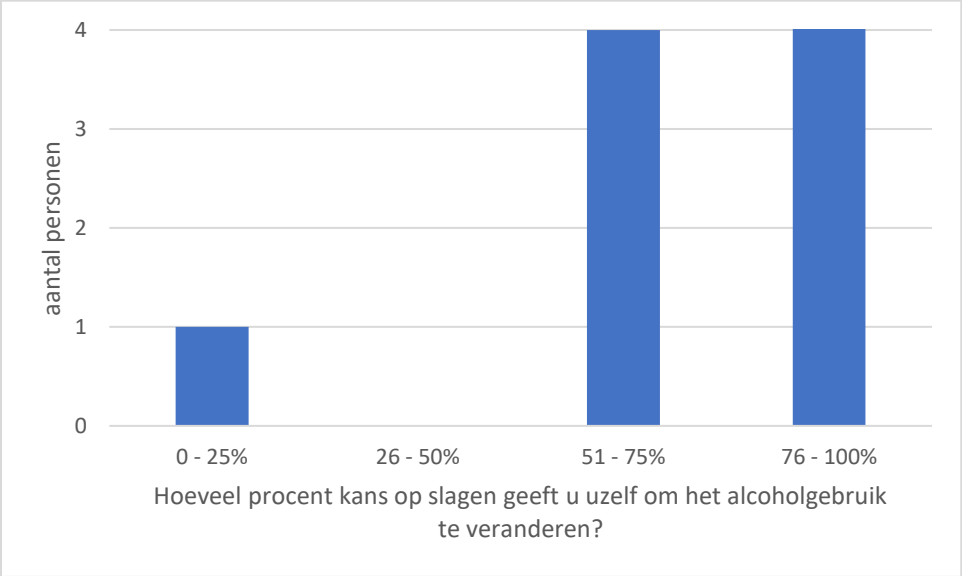
Aan patiënten met problematisch alcoholgebruik of afhankelijkheid werd een vragenlijst gegeven (Bijlage 6). Deze vragenlijst bestond uit 6 vragen, waaronder 1 open vraag. In totaal vulden 11 patiënten de vragenlijst in.

De eerste vraag informeerde naar de intentie om iets te veranderen aan hun alcoholgebruik. De antwoorden worden weergegeven in Figuur 8. De meerderheid antwoorde hierop met “nee” of “misschien”. Er waren maar 3 patiënten die antwoorden met “ja” (27,2%).



Figuur 8: De antwoorden op de vraag: “Bent u van plan om iets te veranderen aan uw alcoholgebruik na het gesprek met uw huisarts?”

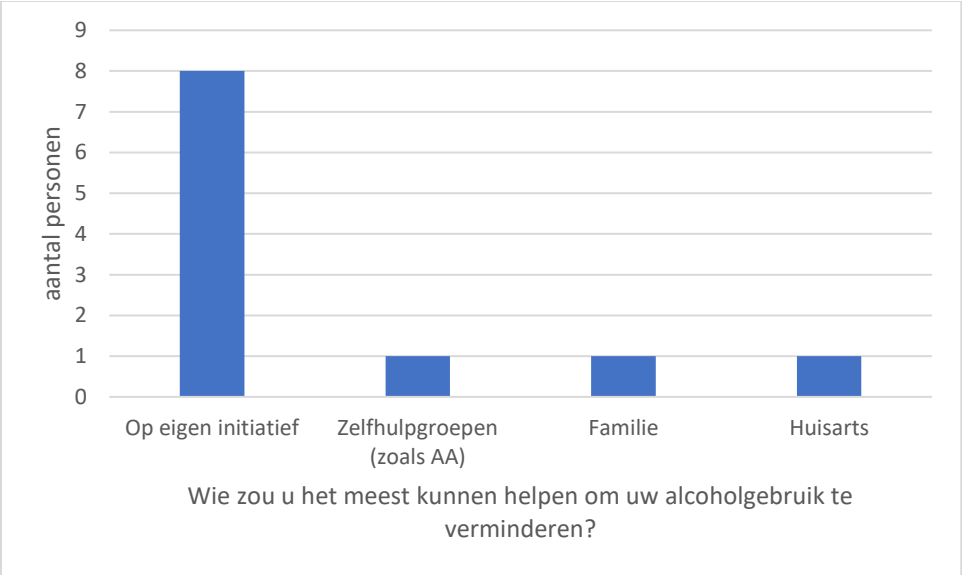
Verder zagen de meeste patiënten hun kans van slagen hoog in, wat te merken was bij de tweede vraag. De antwoorden op deze vraag worden weergegeven in Figuur 9.



Figuur 9: De antwoorden op de vraag: “Hoeveel procent kans op slagen geeft u uzelf om het alcoholgebruik te veranderen?”

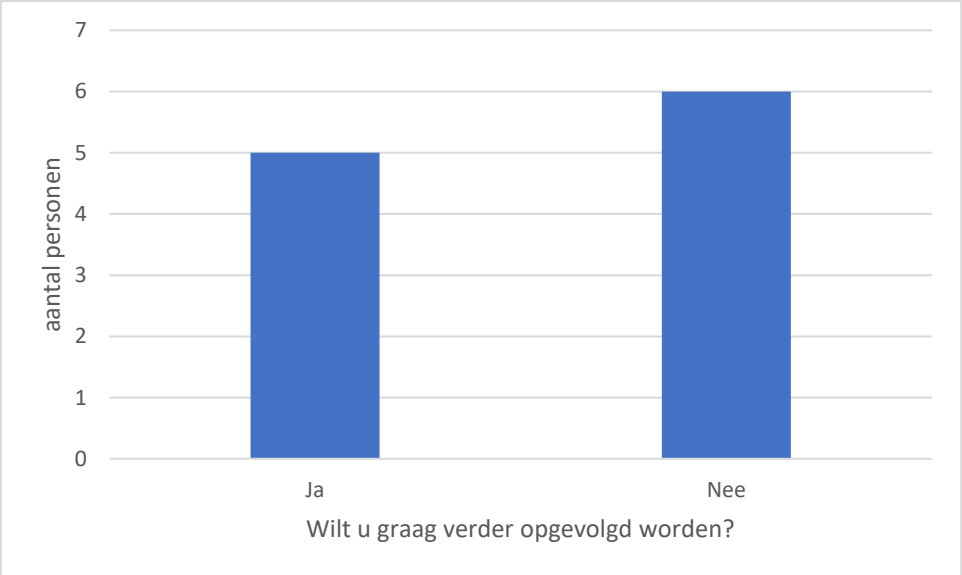
Uit de derde vraag bleek dat iedereen (11 van de 11 patiënten, 100%) het de taak vond van de huisarts om vragen te stellen over hun alcoholgebruik. Dit geeft aan dat patiënten daarom niet graag veranderen qua alcoholgebruik maar dat ze dus wel vinden dat de huisarts dit mag navragen.

De vraag die peilde naar de, volgens de patiënt, beste manier om hun alcoholgebruik te verminderen, werd door de meeste ingevuld met “Op eigen initiatief” (8 van de 11 patiënten, 72,7%). (Figuur 10)



Figuur 10: De antwoorden op de vraag: “Wie zou u het meest kunnen helpen om uw alcoholgebruik te verminderen?”

Uit de vraag betreffende verdere opvolging bleek dat dit bij ongeveer de helft van de patiënten (5 van de 11, 45,5%) gewenst was (Figuur 11).



Figuur 11: De antwoorden op de vraag: “Wilt u graag verder opgevolgd worden?”

De laatste vraag, een open vraag die peilde naar wat de patiënt vond van de bevraging, werd open gelaten (4 keer) of ingevuld met “goed” (4 keer), “O.K.”(1 keer), “in orde” (1 keer) en “hartstikke leuk!!” (1 keer).

Een kanttekeningen die hierbij gemaakt dient te worden is dat de vragenlijst ingevuld werd bij de huisarts. Sociaal wenselijke antwoorden zullen dus zeker de voorkeur genoten hebben. Verder zijn er

dus slechts 11 patiënten die deze vragenlijst ingevuld hebben aangezien de vragenlijst een paar keer vergeten is.

5 Discussie

De implementatie van de richtlijn van Domus Medica verliep over het algemeen tamelijk vlot (1). Het computerprogramma was een zeer nuttig hulpmiddel in de implementatie en registratie.

Er werden echter gaandeweg enkele struikelblokken opgemerkt. Zo werd al vroeg in de registratie gemerkt dat de invoer van datums problemen opleverde. Enkele contacten werden hierdoor slecht geregistreerd. Dit kon echter relatief eenvoudig aangepast worden in het computerprogramma.

Verder werd de vragenlijst voor het kwalitatief onderzoek verschillende keren vergeten.

Het grootste struikelblok bleek echter de tijdsbesteding. Bij een aanvaardbaar alcoholgebruik viel dit wel mee. Bij de enkele andere gevallen gaf dit toch wel een grote druk. Een gewone consultatie bleek dan te kort om zowel de aanmeldingsvraag van de patiënt als de registratie goed te doen.

Bovendien hadden enkele patiënten een follow-up gesprek of doorverwijzing moeten krijgen, maar werd dit vaak niet gedaan. De patiënten waren zelf meestal niet te vinden voor een doorverwijzing. Een follow-up gesprek werd mogelijks ook iets te weinig aangemoedigd.
Aangezien de follow-up zo beperkt bleef, kan er weinig gezegd worden over de effectiviteit van de implementatie van de richtlijn. De enkelingen die toch op follow-up kwamen, hadden wel een vermindering in hun alcoholgebruik (Figuur 7).

Hoogstwaarschijnlijk minimaliseerden sommige patiënten hun drankgebruik. Deze patiënten zullen dan een lagere score gekregen hebben dan dat ze in werkelijkheid zouden moeten krijgen. Echter patiënten die hun alcoholgebruik minimaliseren zullen mogelijks minder openstaan voor verandering. Het blijft echter goed dat het onderwerp aangesneden is.

Het grootste struikelblok aan de haalbaarheid van de richtlijn lijkt de tijdsbesteding te zijn. Na overleg bij de PO bleek dat er te weinig tijd was in een gewone consultatie om alles goed te doen. De tijdsbesteding is wel minder van toepassing als er geen studie aan verbonden is. Echter volgens de aanbeveling zou er bij een veel grotere groep patiënten gescreend moeten worden. Wat dus uiteindelijk zou neerkomen op een grotere tijdbesteding. Een vorige masterproef van Van Leeuwen Ellen (2009-2010), deed al onderzoek naar de het al dan niet screenen in de huisartsenpraktijk (22). In deze masterproef werd, aangezien uit focusgroepen bleek dat huisartsen de aanpak van alcoholproblemen moeilijk vonden, geconcludeerd dat de huisarts meer competentie en zelfvertrouwen dient te ontwikkelen in het aanbieden van een behandeling. Er werd aangeraden om eerst te focussen op een kleinere groep probleemdrinkers die al problemen stellen. Nadien kan overgegaan worden op de 70% probleemdrinkers die nog geen problemen stellen, screening en interventie aan te bieden.

Het was dus goed dat door deze studie ook aandacht werd gegeven aan enkele patiënten die normaal niet zouden deelnemen, maar die omwille van hun alcoholgebruik toch opgenomen zijn in de studie. De aanpak ging zo veel vlotter.

Er werden nog enkele duidelijke voordelen van de implementatie van de richtlijn opgemerkt naar de toekomst toe.

Ten eerste werd er vooraf en tijdens de registratie gezorgd dat de diabetespatiënten en patiënten die slaap-en/of kalmeringsmedicatie nemen, gekend waren. Dit door duidelijke afspraken te maken waar dit vermeld zou worden in het elektronisch medisch dossier. Nu is het mogelijk om met 1 muisklik te zien of een patiënt diabetes heeft. Ook het gebruik van verslavende medicatie kan gemakkelijk teruggevonden worden bij de risicofactoren.
Dit zorgt voor grote voordelen in de toekomst.

Ten tweede wordt dus als gevolg van de betere registratie, meer aandacht gegeven aan mensen met diabetes. Zo kunnen de aanbevelingen rond diabetespatiënten beter opgevolgd worden. Er wordt hierbij gedacht aan de 3 maandelijkse bloedafname, de jaarlijkse controles, …

Ten derde kan er, weer door de betere registratie, beter nagedacht worden over het gebruik van verslavende medicatie. Er zijn in de praktijk veel te veel patiënten die dit soort medicatie gebruiken. Zeker bij ouderen, waar dit tegenaangewezen is, wordt dit nog teveel voorgeschreven. Zo waren er bij de 65-plussers 37 patiënten die slaapmedicatie namen. Deze implementatie heeft dit in de verf gezet. Opvallend in deze studie was dat de meeste geregistreerde contacten waren omdat de patiënt slaapmedicatie nam. In de toekomst zal er werk gemaakt moeten worden van het afbouwen van deze medicatie. Door de goede registratie wordt dit al iets makkelijker gemaakt.

Ten vierde is het alcoholgebruik van een selecte groep van patiënten (diabetes en/of slaap- en/of kalmeringsmedicatie) mooi in kaart gebracht. Een beperkte groep waarbij de risico's van overmatig alcoholgebruik hoger waren.

Betreffende de prevalenties kunnen een aantal zaken gezegd worden.
De studiepopulatie bestond voornamelijk uit Kaukasische personen. Het was een oudere populatie, met iets meer vrouwen dan mannen.

In totaal bedroeg de prevalentie van niet aanvaardbaar alcoholgebruik in deze studie 11,3% (13 van de 115 patiënten). Als de patiënten die geïncludeerd werden omwille van alcoholgebruik weggelaten worden, bedroeg de prevalentie 9% (10 van de 111 patiënten). In vergelijking met de 10% die vermeld werd in de aanbeveling van Domus Medica, is dit gelijklopend (1). Aertgeerts et al. vonden een prevalentie van 8,9% in 2000 (6).

De prevalentie in België van diabetes volgens het Agentschap Zorg & Gezondheid bedroeg in 2012 ongeveer 5,3%. De meest betrouwbare gegevens komen van Farmanet (terugbetalingsdata van farmaca) die aangeven dat 4,3% van de algemene bevolking glycemieverlagende medicatie neemt (18).

In de studie namen slechts 39 patiënten met diabetes deel. Een prevalentie van 4,3% zou resulteren in een praktijk van amper 907 patiënten. In 2017 waren er 1773 patiënten met een GMD (globaal medisch dossier). Blijkbaar zijn er een heleboel patiënten uit de boot gevallen. Vermoedelijk is dit vooral te wijten aan een slechte registratie van de diabetes patiënten. Er waren bij nazicht in totaal 46 patiënten met geregistreerde diabetes. Dus er zijn 7 patiënten die hadden moeten deelnemen aan de studie, maar die niet deelgenomen hebben. Volgens de prevalentie zou de praktijk dan uit ongeveer 1070 patiënten moeten bestaan. Er zijn echter veel meer patiënten in de praktijk (1773 met GMD). Er zijn dus vermoedelijk nog niet gekende diabetespatiënten.

De prevalentie van slaap- en kalmeringsmedicatie werd gevonden op de site van het VAD in het factsheet over psychoactieve medicatie. In 2013 nam, in het Vlaams gewest, 13% van de 14-plussers

slaap- of kalmeringsmiddelen (23). In de studie waren er 85 patiënten die slaap- en/of kalmeringsmedicatie namen. Met een prevalentie van 13% zou dit resulteren in een praktijk van 654 patiënten, wat weer veel te weinig is. Er zijn dus vermoedelijk weer een heleboel mensen die niet deelnamen aan de studie.

Het was goed dat de masterproef gezorgd heeft dat er meer aandacht kwam voor het alcoholgebruik bij de patiënten. In het kader van deze masterproef werd een computerprogramma ontwikkeld dat uitleg gaf wat er moest gebeuren en dat de gegevens tegelijkertijd registreerden. Het is een zeer handig hulpmiddel om de richtlijn goed te gebruiken. Er bestaan al verschillende online tools zoals bijvoorbeeld me-assist. Dit nieuwe computerprogramma gaf echter duidelijk aan wat wanneer moest gebeuren. In de toekomst kan er bij patiënten aan de hand van deze tool kort gescreend worden. De AUDIT-C neemt immers niet veel tijd in beslag.

6 Besluit

Het was een zeer leerrijke ervaring. Alcoholgebruik is (momenteel) maatschappelijk zeer aanvaard. Dit maakt het moeilijk om de patiënten de ernst ervan te doen inzien. In de toekomst kan zeker verder opportunistisch gescreend worden aan de hand van de AUDIT-C.

7 Referenties

1. Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu. 2011;40(5):S137-S50.
2. VAD. Een nieuwe richtlijn voor alcoholgebruik 2016 [cited 2018 10/03/2018]. Available from: http://www.vad.be/artikels/detail/een-nieuwe-richtlijn-voor-alcoholgebruik.
3. Sijborn M, Luijkx H, Boomsma L, Larsen IM, Burgers J, van der Weele G. [The Dutch College of General Practitioners' practice guideline 'Problem drinking']. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 2015;159:A8646.
4. VAD. Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs [cited 2018 10/03/2018]. Available from: http://www.vad.be/.
5. De Doncker J, De Doncker E, Möbius D. Dossier alcohol2016 [cited 2018:[118 p.]. Available from: http://www.vad.be/assets/dossier-alcohol.
6. Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. Br J Gen Pract. 2001;51(464):206-17.
7. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. J Stud Alcohol. 1995;56(4):423-32.
8. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA, for the Ambulatory Care Quality Improvement P. The audit alcohol consumption questions (audit-c): An effective brief screening test for problem drinking. Archives of Internal Medicine. 1998;158(16):1789-95.
9. Anderson P, O'Donnell A, Kaner E. Managing Alcohol Use Disorder in Primary Health Care. Curr Psychiatry Rep. 2017;19(11):79.
10. Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. BMJ : British Medical Journal. 2013;346.
11. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev. 2007(2):CD004148.
12. Hodgson H. What should we do about alcohol? Clin Med (Lond). 2016;16(2):99-100.

13. Alvarez-Bueno C, Rodriguez-Martin B, Garcia-Ortiz L, Gomez-Marcos MA, Martinez-Vizcaino V. Effectiveness of brief interventions in primary health care settings to decrease alcohol consumption by adult non-dependent drinkers: a systematic review of systematic reviews. Prev Med. 2015;76 Suppl:S33-8.
14. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Dauser D, Burleson JA, Zarkin GA, Bray J. Brief interventions for at-risk drinking: patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations. Alcohol Alcohol. 2006;41(6):624-31.
15. Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM. Primary Care Intervention to Reduce Alcohol Misuse: Ranking Its Health Impact and Cost Effectiveness. American Journal of Preventive Medicine. 2008;34(2):143-52.e3.
16. Angus C, Thomas C, Anderson P, Meier PS, Brennan A. Estimating the cost-effectiveness of brief interventions for heavy drinking in primary health care across Europe. Eur J Public Health. 2017;27(2):345-51.
17. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. BMJ. 2002;325(7369):870.
18. Koeck PH, Bastiaens H, Benhalima K, Cloetens H, Feyen L, Koeck P, et al. Richtlijn voor goede medische praktijk-voering: Diabetes mellitus type 2. 2015:110.
19. Engler PA, Ramsey SE, Smith RJ. Alcohol use of diabetes patients: the need for assessment and intervention. Acta Diabetol. 2013;50(2):93-9.
20. Ilomaki J, Korhonen MJ, Enlund H, Hartzema AG, Kauhanen J. Risk drinking behavior among psychotropic drug users in an aging Finnish population: the FinDrink study. Alcohol (Fayetteville, NY). 2008;42(4):261-7.
21. Blennow G, Romelsjö A, Leifman H, Leifman A, Karlsson G. Sedatives and hypnotics in Stockholm: social factors and kinds of use. American journal of public health. 1994;84(2):242-6.
22. Van Leeuwen E. Screening naar problematisch alcoholgebruik: waarom (niet)? . 2010.
23. VAD. Factsheet psychoactieve medicatie 2017 [Available from: http://www.vad.be/assets/factsheet-psychoactieve-medicatie.

8 Verplichte bijlagen

Bijlage 1: Ethisch commité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0364	11-mei-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Alcohol in de huisartsenpraktijk: Implementatie van een richtlijn. (MAnaMA Tineke Van Poucke)

Belgisch Registratienummer: B670201731993

* Antwoord onderzoekers dd. 03/05/2017 (via mail dr. T. Van Pouckę ontv. dd. 04/05/2017) op opmerkingen EC dd. 19/03/2017
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 3/05/2017
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (versie 2) dd. 3/05/2017
* Vragenlijst - Audit-vragen (versie 2) dd. 3/05/2017
* Aanbeveling Domus Medica : Problematisch alcoholgebruik aanpak door de huisarts - (versie 2) dd. 3/05/2017

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 5/05/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 5/05/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 5/05/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 5/05/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/05/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/05/2017**

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0364	11-mei-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0364

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

i.O. Prof. dr. R. Rubens

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. S. WILLEMS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

ALCOHOL IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: IMPLEMENTATIE VAN EEN RICHTLIJN.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: SARA WILLEMS
- FUNCTIE: HOOFDDOCENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: +32 9 332 39 84
- FAX: +32 9 332 49 67
- E-MAIL: SARA.WILLEMS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM: PIERRE VANDEN BUSSCHE
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: +32 9 332 36 11
- FAX: +32 9 332 49 67
- E-MAIL: PIERRE.VANDENBUSSCHE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): JAN DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: TINEKE VAN POUCKE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0479383974
- E-MAIL: TINEKE_VAN_POUCKE@HOTMAIL.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: CAROLINE BOCKLANDT
- ADRES: BOSDORP 101, 9190 STEKENE
- TELEFOONNUMMER: +32 9
- E-MAIL: CAROLINE_BOCKLANDT@HOTMAIL.COM
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): SOLO

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 1 MAART 2017 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 30 DECEMBER 2019

7. SOORT ONDERZOEK

☒ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
- ❑ VERZAMELEN VAN PATIËNTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ☒ VRAGENLIJSTEN (DE AUDIT-C EN INDIEN NODIG OOK DE AUDIT)
- ❑ INTERVIEW

☒ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ☒ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ☒ WELKE PERIODE: 1 MAART 2017 TEM 30 DECEMBER 2019

☒ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ❑ FASE I
  - ❑ FASE II
  - ❑ FASE III
  - ❑ FASE IV
  - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
- ☒ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)
  - ❑ MEDICAL DEVICE
  - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…
  - ☒ DOORVERWIJZING, FOLLOW-UP GESPREK INDIEN NODIG

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Inleiding

Momenteel consulteren er verschillende patiënten bij de huisarts voor verschillende klachten, dit zonder een idee te hebben of ze een problematisch alcoholgebruik hebben. Het systematisch navragen, aan de hand van de AUDIT-C (3 korte vragen), zou nuttig zijn om ook deze mensen met geen actieve vraag op te sporen.

Onderzoeksvraag

In de routinepraktijk wordt er vaak niet gescreend. Enkel op vraag van de patiënt wordt er momenteel iets ondernomen. Er is wel een richtlijn van Domus Medica (een vzw voor huisartsen) voor de systematische bevraging van patiënten en de verdere aanpak (1). Tijdens dit onderzoek zal deze richtlijn worden geïmplementeerd. In de richtlijn staat vermeld bij wie er gescreend moet worden. Aangezien dit om een heel grote groep zou gaan, werd er gekozen om het te beperken tot de patiënten met diabetes en de patiënten die om voorschriften voor slaap- en/of kalmeringsmedicatie komen.

Methode

Er zou eerst retrospectief gekeken worden in de dossiers van patiënten (met diabetes of recente voorschriften van slaap- of kalmeringsmedicatie) of het alcoholgebruik vermeld wordt. Een lijst van de patiënten en hun diagnosen en risicofactoren zou anoniem verkregen worden via de behandelende arts (dr. Bocklandt). Enkel het aantal patiënten zou geweten zijn en bij hoeveel er iets over het alcoholgebruik in het dossier staat.

Bij patiënten die op consultatie komen en voldoen aan de voorwaarden (diabetes en/of slaap- en/of kalmeringsmedicatie), zou gescreend worden naar hun alcoholgebruik a.d.h.v. de AUDIT-C (3 korte vragen). Patiënten die hier positief op scoren zullen gevraagd worden om deel te nemen aan de studie. Afhankelijk van hun AUDIT score volgen ze een ander traject. Bij hoog risico (20 of meer) is dit een

doorverwijzing naar een gespecialiseerde dienst. Bij een lager risico (8 (of 7 bij vrouwen)-19) is het aangeraden om een kort advies te geven. Een folder wordt ook sterk aanbevolen. Eventueel wordt er een opvolgconsult gepland (AUDIT 16-19).

Resultaten

De toepassing van de richtlijn zou nadien geëvalueerd worden. Er zal gekeken worden of er een toename is van de registratie van het alcoholgebruik in het dossier. Dit kan weer volledig anoniem via een lijst gedaan worden. De gegevens zullen dus enkel anoniem verwerkt worden.

Winst

Voor de patiënt wordt er een matige daling van het alcoholgebruik verwacht en een toename van de motivatie tot gedragsverandering (2).
Volgens Solberg et al. is screening naar alcoholgebruik en indien nodig een korte interventie één van de meest kosteneffectieve preventieve interventies in de huisartsenpraktijk (3).
Ook Hodgson et al. raden een kort advies en eventueel doorverwijzing aan (4).
Voor de artsen zou een optimalisatie van de richtlijn en ervaring in het toepassen van de richtlijn zorgen voor een betere zorg naar toekomstige patiënten en de aanpak van hun alcoholgebruik.

Referenties

1. Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu. 2011;40(5):S137-S50.
2. Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. BMJ : British Medical Journal. 2013;346.
3. Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM. Primary Care Intervention to Reduce Alcohol Misuse: Ranking Its Health Impact and Cost Effectiveness. American Journal of Preventive Medicine. 2008;34(2):143-52.e3.
4. Hodgson H. What should we do about alcohol? Clin Med (Lond). 2016;16(2):99-100.

9. IS HET ONDERZOEK

- ☒ DIAGNOSTISCH (PATIËNTEN MET PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK OPSPOREN)
- ☐ FYSIOLOGISCH
- ☐ MORFOLOGISCH
- ☒ THERAPEUTISCH (AANPAK VAN PATIËNTEN MET PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK)
- ☐ FYSIOPATHOLOGISCH
- ☒ EPIDEMIOLOGISCH (BIJHOUDEN HOEVEEL PATIËNTEN PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK HEBBEN)

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ☐ JA
- ☒ NEEN

INDIEN JA

- ☐ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ☐ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UNIVERSITEIT GENT (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

☐ ja
☒ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : DIABETES EN PATIËNTEN DIE SLAAP- EN/OF KALMERINGSMEDICATIE VOORGESCHREVEN KRIJGEN

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

☒ JA (INDIEN OOK DIABETES OF VOORSCHRIFTEN NODIG VAN SLAAP- EN/OF KALMERINGSMEDICATIE)
☐ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: ROND DE 200

D. LEEFTIJD : 18 JAAR EN OUDER

E. GESLACHT : MAN EN VROUW

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD?

PATIËNTEN DIE OP CONSULTATIE KOMEN, WORDEN INDIEN ZE VOLDOEN AAN DE CRITERIA DIABETES EN/OF SLAAP- EN/OF KALMERINGSMEDICATIE GEVRAAGD OM DEEL TE NEMEN.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

☒ JA
☐ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

☐ JA
☒ NEEN

MONDELING :

☒ JA
☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? HET BETREFT DE AANGERADEN ZORG VOOR DE PATIËNT. ER ZAL WEL MONDELING GEVRAAGD WORDEN OF HET GOED IS DAT ER EEN PAAR VRAGEN GESTELD WORDEN IN VERBAND MET HET ALCOHOLGEBRUIK.

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

☐ JA
☒ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? ...

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEE

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

☐ JA
☒ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

☐ JA
☐ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

☐ JA
☒ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

☐ JA
☐ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

☐ JA
☐ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

☐ JA
☒ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ENKEL MONDELINGE INFO AANGEZIEN HET OM DE STANDAARD ZORG GAAT.

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

☐ JA
☒ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? GEEN EXTRA TOESTEMMING NODIG AANGEZIEN HET OM DE AANGERADEN ZORG GAAT. PATIËNTENGEGEVENS WORDEN ENKEL VERKREGEN VIA DE BEHANDELENDE ARTS EN ANONIEM VERWERKT.

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

ER WERDEN AL VERSCHILLENDE ONDERZOEKEN UITGEVOERD OM TE BEKIJKEN WAT HET NUT VAN SCREENING EN KORTE INTERVENTIE IS IN DE HUISARTSENPRAKTIJK.
EÉN DAARVAN HAD ALS RESULTAAT EEN MATIGE DALING VAN HET ALCOHOLGEBRUIK EN EEN TOENAME VAN DE MOTIVATIE TOT GEDRAGSVERANDERING (Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. BMJ : British Medical Journal. 2013;346.).

HET WORDT HIER HERNOMEN OM DE KWALITEIT IN DE PRAKTIJK TE VERHOGEN. MOMENTEEL WORDT ER GEEN AANDACHT AAN ALCOHOL BESTEED.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

☒ JA
☐ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

☒ JA
☐ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

☐ JA
☒ NEEN (HET BELANG IS ONMIDDELLIJK DUIDELIJK)

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

☒ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
☐ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

☐ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

NIET VAN TOEPASSING AANGEZIEN ER GEEN MEDICATIE TOEGEDIEND WORDT IN VERBAND MET DE STUDIE. INDIEN NODIG WORDT ER NA DOORVERWIJZING MISSCHIEN MEDICATIE OPGESTART.

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

☐ JA
☐ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? DR. BOCKLANDT EN DR. VAN POUCKE

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

☒ JA
☐ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

☒ JA
☐ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? DE HUISARTS VAN WACHT EN DE HUISARTSENWACHTPOST VAN HET WAASLAND

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

NIET VAN TOEPASSING WANT HET GAAT OM HET STANDAARDBELEID.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA: ...

A. LANGS WELKE WEG ? ...

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : ...

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? ...

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA

WELKE ? ...

❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : ...

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

☒ NIET VAN TOEPASSING (HET GAAT OM HET STANDAARDBELEID)
☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

☐ ERELOON:
☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 28/2/2017
NAAM : Van Poucke Tineke
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 28/2/2017
NAAM : Boelaert Caroline
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 22/02/2017
NAAM : Prof Sara Willems
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM : 24/2/2017
NAAM : P Vanden Bussche
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

PROF. DR. J. DE MAESENEER

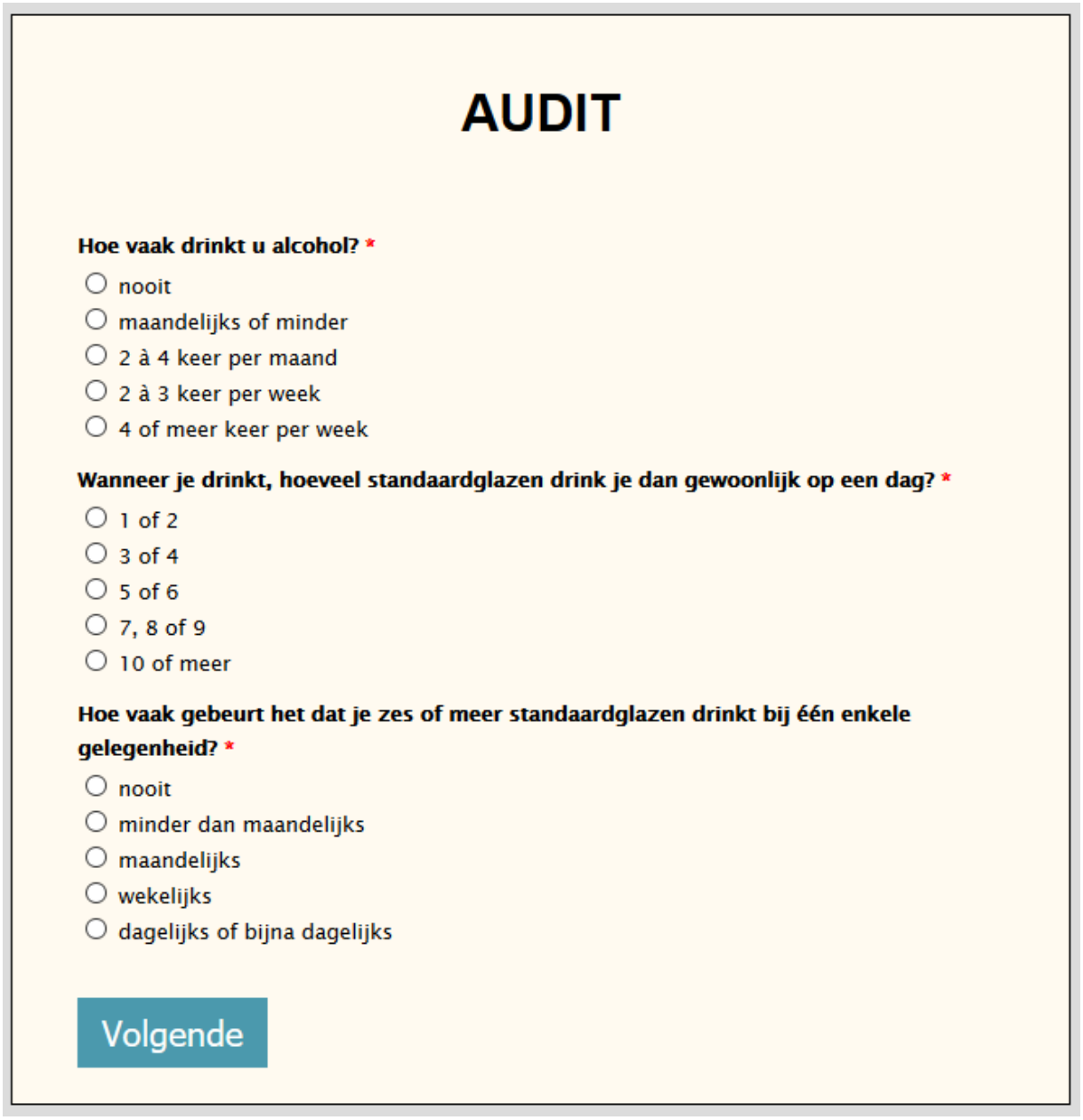
DATUM : 22/2/2017
NAAM : Prof Jan De Maeseneer
HANDTEKENING :

9 Bijlagen

Bijlage 2: Algemene gegevens



Bijlage 3: AUDIT-C; De eerste drie vragen van de AUDIT



AUDIT

Hoe vaak drinkt u alcohol? *

- ○ nooit
- ○ maandelijks of minder
- ○ 2 à 4 keer per maand
- ○ 2 à 3 keer per week
- ○ 4 of meer keer per week

Wanneer je drinkt, hoeveel standaardglazen drink je dan gewoonlijk op een dag? *

- ○ 1 of 2
- ○ 3 of 4
- ○ 5 of 6
- ○ 7, 8 of 9
- ○ 10 of meer

Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid? *

- ○ nooit
- ○ minder dan maandelijks
- ○ maandelijks
- ○ wekelijks
- ○ dagelijks of bijna dagelijks

Volgende

Bijlage 4: Overige vragen van de AUDIT

AUDIT - deel 2

Hoe vaak had je het afgelopen jaar het gevoel dat je, van zodra je begon, niet meer kon stoppen met drinken? *

- ○ nooit
- ○ minder dan maandelijks
- ○ maandelijks
- ○ wekelijks
- ○ dagelijks of bijna dagelijks

Hoe vaak ben je er, door je drinkgedrag, het afgelopen jaar niet ingeslaagd te doen wat normaal van je werd verwacht? *

- ○ nooit
- ○ minder dan maandelijks
- ○ maandelijks
- ○ wekelijks
- ○ dagelijks of bijna dagelijks

Hoe vaak heb je het afgelopen jaar 's morgens behoefte gehad aan alcohol om jezelf er weer bovenop te helpen nadat je zwaar was doorgezakt? *

- ○ nooit
- ○ minder dan maandelijks
- ○ maandelijks
- ○ wekelijks
- ○ dagelijks of bijna dagelijks

Hoe vaak heb je het afgelopen jaar schuld of berouw gevoeld nadat je gedronken had? *

- ○ nooit
- ○ minder dan maandelijks
- ○ maandelijks
- ○ wekelijks
- ○ dagelijks of bijna dagelijks

Hoe vaak kon je je het afgelopen jaar de gebeurtenissen van de avond voordien niet herinneren omdat je gedronken had? *

- ○ nooit
- ○ minder dan maandelijks
- ○ maandelijks
- ○ wekelijks
- ○ dagelijks of bijna dagelijks

Raakte jij zelf of iemand anders ooit gewond ten gevolge van je drinkgedrag? *

- ○ nooit
- ○ ja, maar niet in het laatste jaar
- ○ ja, in het laatste jaar

Heeft een vriend, dokter of andere gezondheidswerker zich ooit zorgen gemaakt over je drinkgedrag of je aangeraden minder te drinken? *

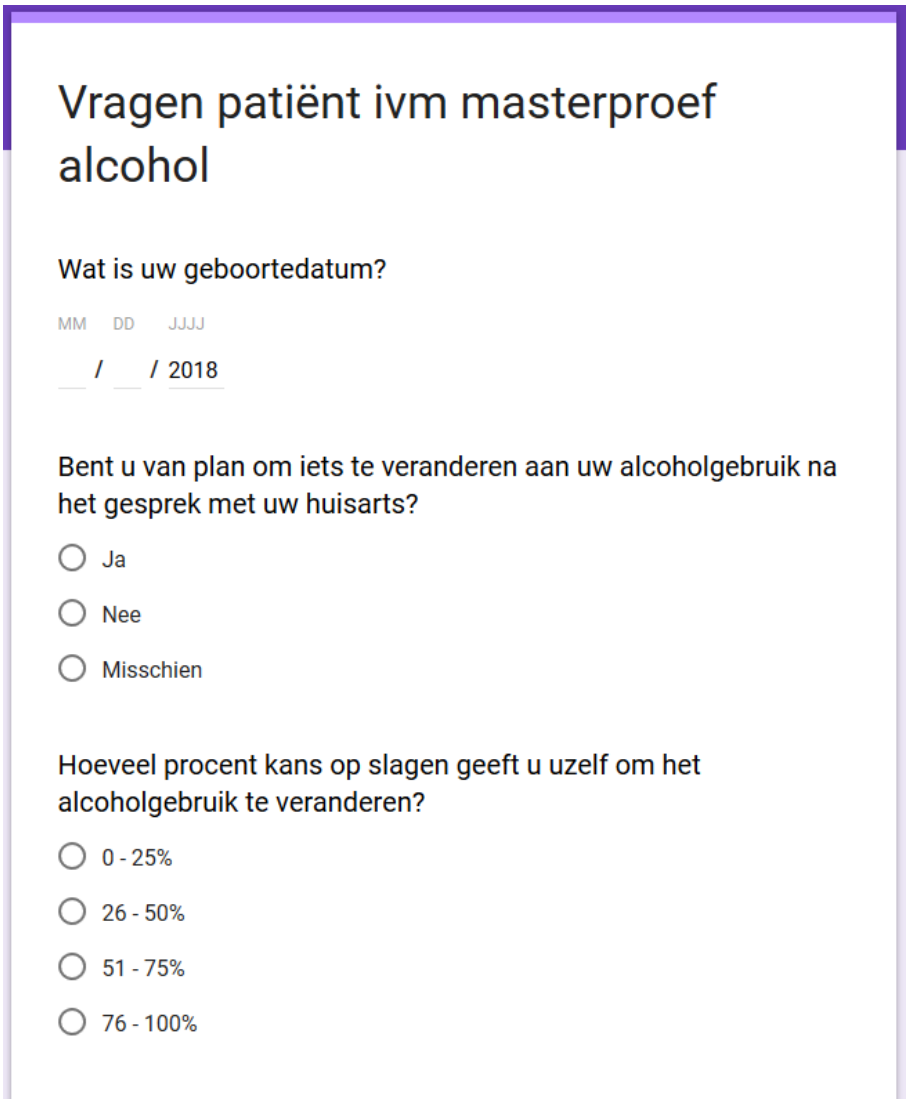
- ○ nooit
- ○ ja, maar niet in het laatste jaar
- ○ ja, in het laatste jaar

Volgende

Bijlage 5: Voorbeeld van een scorevenster



Bijlage 6: Vragenlijst Kwalitatief onderzoek



Vragen patiënt ivm masterproef alcohol

Wat is uw geboortedatum?

MM DD JJJJ

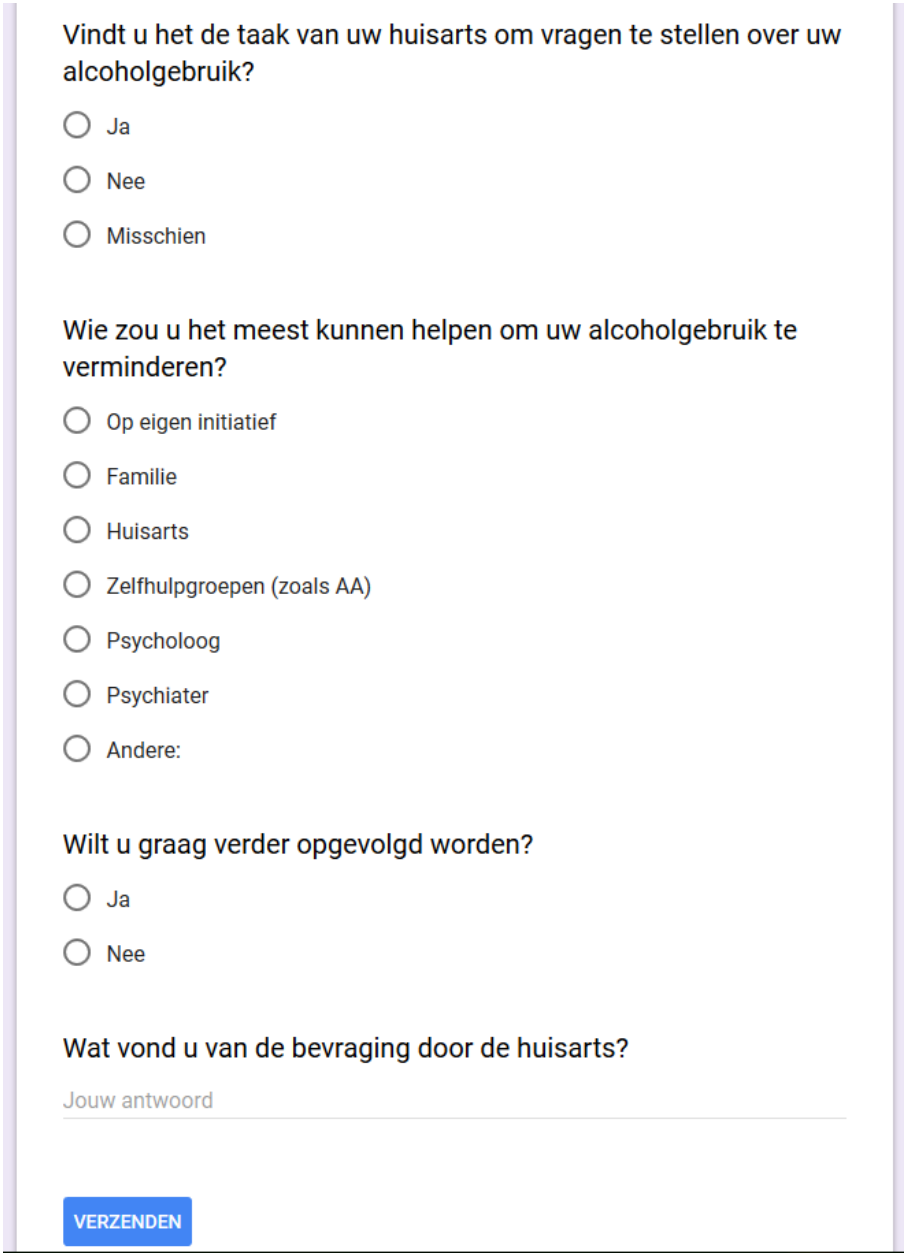
/ / 2018

Bent u van plan om iets te veranderen aan uw alcoholgebruik na het gesprek met uw huisarts?

- ○ Ja
- ○ Nee
- ○ Misschien

Hoeveel procent kans op slagen geeft u uzelf om het alcoholgebruik te veranderen?

- ○ 0 - 25%
- ○ 26 - 50%
- ○ 51 - 75%
- ○ 76 - 100%



Bijlage eenheden alcohol domus medica , Folder aangepaste van domus medica

PATIËNTENINFORMATIE

Problematisch alcoholgebruik

© Domus Medica vzw, vereniging van huisartsen - Publicaties 2011

- HOEVEEL IS TE VEEL?
- WAAROM IS TE VEEL ALCOHOL DRINKEN PROBLEMATISCH?
- TIPS OM DEZE RISICO'S TE VERMINDEREN

praat erover met uw huisarts



Hoeveel alcohol mag u drinken?
Wanneer wordt uw alcoholgebruik problematisch?
Hoe kunt u uw alcoholgebruik beperken?

Hoeveel is te veel?

Beperk uw alcoholgebruik tot:

- **10** standaardglazen alcohol per week
- 5 (man) of 3 (vrouw) standaardglazen alcohol na elkaar
- beperk uw alcoholgebruik nog wat meer als u ouder dan 65 jaar bent

Opletten voor:

- de combinatie van alcohol en medicatie

Vermijd alcoholgebruik:

- minstens 2 dagen per week
- als u deelneemt aan het verkeer

Een standaardglas bevat 10 g pure alcohol. Dit komt overeen met:

- **een glas bier van 250 ml met 5% alcohol**
- **een glas wijn van 100 ml met 12% alcohol**
- **een glas likeur van 40 ml met 25% alcohol (bijvoorbeeld jenever)**
- **een glas sterke drank van 30 ml met 40% alcohol (bijvoorbeeld cognac)**

Sommige alcoholische dranken zijn beschikbaar in hoeveelheden die groter zijn dan een standaardglas, bijvoorbeeld een blikje bier van 33 cl of streekbieren met een hoger alcoholgehalte (tot 2,5 keer meer).

Vaak wordt in een glas meer alcohol geschonken dan de standaardhoeveelheid. Zo bevat een standaardglas wijn 100 ml, terwijl een gemiddeld geschonken glas wijn vaak 130 ml bevat.

PATIËNTENINFORMATIE

Problematisch alcoholgebruik

© Domus Medica vzw, vereniging van huisartsen - Publicaties 2011

Waarom is te veel alcohol drinken problematisch?

Een teveel aan alcohol houdt risico's in voor uw lichaam en geest. Dit kan sociale gevolgen hebben.

Lichamelijke klachten

Buikpijn, misselijkheid, overmatig zweten, problemen met de lever, hoge bloeddruk, verhoogde kans op kanker (keel, slokdarm, maag, blaas en borst), jicht, botbreuken door vallen …

Geestelijke klachten

Angsten, depressie en zelfmoord(gedachten), slaapproblemen …

Invloed op sociaal leven

Verkeersongevallen, allerlei vormen van geweld, problemen op het werk (werkverzuim, fouten), gerechtelijke problemen, financiële problemen, onveilig seksueel gedrag ...

Het is bewezen dat alcoholgebruik stoppen of matigen deze risico's vermindert!

praat erover met uw huisarts

Tips om deze risico's te verminderen

- Drink na elk glas alcohol eens iets anders: water, koffie, fruitsap ...
- Weet dat er ook alcholvrije en alcoholarme dranken bestaan.
- Schenk minder alcohol in of gebruik kleinere glazen.
- Drink niet op een lege maag.
- Sta ook even stil bij uw alcoholgebruik in situaties waar vaak alcohol gedronken wordt (feesten, café).
- Als u bij het uitgaan de gewoonte hebt alcohol te drinken, drink dan uw eerste glas later op de avond of ga later uit.
- Als u alcohol drinkt om te ontspannen, zoek andere manieren om u te ontspannen zoals: sport, televisie kijken, een gezellige babbel, ontspanningsoefeningen …

Als u vragen hebt over uw alcoholgebruik, spreek er bij een volgend contact over met uw huisarts.

Voor meer informatie, advies, hulp of voor een anonieme zelftest op het internet kunt u terecht op:

- **www.boodschapineenfles.be**
- **www.hoeveelisteveel.be**
- **www.alcoholhulp.be**
- **078 15 10 20 (druglijn), tijdens de week van 10.00 u tot 20.00 uur**